



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

Felipe Leite Barbosa

POLÍTICA DE DROGAS NO RIO DE JANEIRO E ALTERNATIVAS  
PARA TRATAMENTO DE DEPENDENTES QUÍMICOS

Rio de Janeiro

2015

Felipe Leite Barbosa

POLÍTICA DE DROGAS NO RIO DE JANEIRO E ALTERNATIVAS  
PARA TRATAMENTO DE DEPENDENTES QUÍMICOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Escola de Serviço Social da Universidade Federal  
do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos  
necessários à obtenção do grau de bacharel em  
Serviço Social.

Orientador(a): Miriam Krenzinger A. Guindani

Rio de Janeiro

2015

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, aos professores que suaram para que eu chegasse a uma universidade pública, posteriormente aos que suaram para que eu pudesse sair dela. Especialmente a minha orientadora, pelo suporte, correções e incentivos.

Agradeço a toda família que me apoiou até aqui e foram importantes para que eu pudesse chegar ao final da faculdade.

Aos amigos e companheira com os quais compartilho dos momentos mais importantes.

Às pessoas que quebraram seu anonimato e contaram suas histórias, expressei minha gratidão pela forma como fui recebido e a seriedade que foi dada ao trabalho.

Às pessoas que passaram por minha vida, que diretamente ou indiretamente foram importantes para tomada de decisões que findam aqui, pessoas que me ajudaram a chegar à universidade pública e concluir o curso. Como diriam os Racionais MC “sistema colateral que seu sistema fez”.

## Resumo

BARBOSA, Felipe Leite. **Política de drogas no rio de janeiro e alternativas para tratamento de dependentes químicos**. Rio de Janeiro, 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Serviço Social) - Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

O presente trabalho tem como objetivo problematizar questões sobre a política de drogas no Rio de Janeiro e apresentar opções de tratamento para dependentes químicos. Essa monografia possui três sessões: a primeira aborda a história das drogas e do proibicionismo às mesmas, a segunda trata sobre a reforma psiquiátrica, a política de drogas no Brasil e sua descriminalização e, por fim, discute-se sobre os Narcóticos Anônimos como opção de tratamento de dependentes químicos oferecido pela sociedade civil. A metodologia utilizada para elaboração deste trabalho foi revisão bibliográfica de fontes primárias e secundárias e entrevistas. O estudo permitiu levantar questões sobre o tema das drogas, potencializando discussões que visam o fim do proibicionismo e possibilitando a discussão sobre políticas públicas que possam tratar de pessoas que tem a doença da dependência química.

Palavras-chave: política de drogas, redução de danos, centro de atenção psicossocial, narcóticos anônimos.

## Lista de Siglas

AA Alcoólicos Anônimos

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSi Centro de Atenção Psicossocial Infantil

COMLURB Companhia Municipal de Limpeza Urbana

CSA Comitê de Serviço de Área

CSR Comitê de Serviços da Região

DP Departamento de Polícia

EMERJ Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro

EUA Estados Unidos da América

HIV Human Immunodeficiency Virus

IP Informação ao Público

LEAP Law Enforcement Against Prohibition

MTST Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NA Narcóticos Anônimos

NAPS Núcleos de Apoio Psicossocial

ONU Organizações das Nações Unidas

PACS Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF Programa Saúde da Família

RD Redução de Danos

RSG Representante de Serviço do Grupo

SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SISNAD Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SUS Sistema Único de Saúde

UFRJ Universidade Federal do Rio de Janeiro

## Sumário

INTRODUÇÃO.....	8
CAPÍTULO 1.....	10
História sobre as drogas e o proibicionismo .....	10
1.1- Breve histórico sobre as drogas.....	10
1.2- Breve histórico sobre a criminalização e leis sobre drogas.....	15
CAPÍTULO 2.....	25
O Proibicionismo e suas críticas.....	25
2.1- O Proibicionismo.....	25
2.2- Críticas ao Proibicionismo.....	27
CAPÍTULO 3.....	35
A reforma psiquiátrica e a política de redução de Danos .....	35
3.1- Reforma Psiquiátrica e a Redução de Danos .....	35
3.2- Política de Redução de Danos e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas .....	44
3.3- Política de drogas no Rio de Janeiro.....	51
CAPÍTULO 4.....	59
Narcóticos Anônimos .....	59
4.1- Introdução ao Narcóticos Anônimos.....	59
4.2- Os Grupos: .....	62
4.3- Os Comitês de Serviço de Área: .....	63
4.4- Narcóticos Anonymous World Services:.....	65
4.5- Narcóticos Anônimos .....	65
4.6- Financiamento, Autogestão e Ajuda Mútua .....	66
4.7- Passos e Tradições.....	68
4.8- NA, Justiça terapêutica e Políticas Públicas .....	72
4.9- Internações e Internação compulsória.....	74
4.10- Redução de Danos.....	77
4.11- Descriminalização das Drogas.....	78
Considerações finais .....	83
Referências Bibliográficas .....	87

## INTRODUÇÃO

Nesse trabalho, pretendo colaborar para a discussão sobre o tema da política de drogas na cidade do Rio de Janeiro, abordando as formas de tratamento para pessoas que sofrem com o uso abusivo de drogas. Analisaremos também outras determinações do objeto estudado, como a história das drogas, o proibicionismo e descriminalização das drogas, a fim de contextualizar o assunto tratado para o desenvolvimento do mesmo.

Falarei sobre como funcionam duas instituições que oferecem tratamento para pessoas que sofrem com o abuso de drogas: o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como um modelo de acompanhamento realizado pelo Estado e o grupo de autoajuda Narcóticos Anônimos (NA), como um modelo oferecido pela sociedade civil.

Ao observar o cenário que se encontra no Rio de Janeiro, destaco aos grandes eventos que estão acontecendo ou já aconteceram. Nesse contexto, pode-se perceber que o tema “droga” é trazido à tona geralmente através da criminalização das pessoas que usam drogas, como é o caso dos usuários de crack. O município do Rio de Janeiro promove uma política de “higienização” da cidade, e o debate sobre drogas gira em torno de recolher ou não os usuários, de permitir ou não permitir seu uso, mas percebo que os debates caminham lentamente para as formas de tratamento desses usuários.

No convívio dentro da Escola de Serviço Social da UFRJ, onde fiz minha graduação, também percebi que pouco se fala no tema do tratamento aos



usuários de drogas que estão em sofrimento e, a partir dessa observação, decidi tratar desse tema para poder contribuir com o debate.

Optei por falar do CAPS por entender que o Estado deve ter sua responsabilidade no tratamento desses usuários, partindo da compreensão de que é um caso de saúde e que a saúde é pública e universal, e do NA por ter um conhecimento sobre a irmandade, saber como funciona e por conhecer pessoas que frequentam os grupos.

Para construir o trabalho utilizei a pesquisa bibliográfica em sua maior parte, mas realizei entrevistas com pessoas que são membros de NA, procurei diversos textos que falam sobre o assunto e tentei construir um trabalho “multidisciplinar” através de olhares de diferentes áreas, ainda que bibliograficamente. Utilizei autores como a Luciana Boiteux (2006) e o Orlando Zaccone(2011), que são da área do direito, Rita de Cássia Cavalcante Lima(2013) da área do Serviço Social, Maurício Fiore(2012) que é antropólogo e cientista social, dentre outros autores de outras áreas. Utilizo também fontes primárias como leis e decretos e fontes secundárias através de artigos, pesquisas, revistas e jornais.

O trabalho se divide em três partes. Na primeira, apresento breve história das drogas na humanidade, o processo da sua criminalização e do proibicionismo. Na segunda parte abordo o tema na contemporaneidade, onde situo a Reforma Psiquiátrica, a política de redução de danos, os Centros de Atenção Psicossocial e a política de drogas na cidade do Rio de Janeiro. Por fim, na terceira parte, falo sobre os Narcóticos Anônimos.

## CAPÍTULO 1

### *História sobre as drogas e o proibicionismo*

#### 1.1- Breve histórico sobre as drogas

Ao falarmos da história da utilização das drogas pelas sociedades, é importante, primeiro, analisar a questão da utilização do próprio termo “droga”. Segundo o livreto informativo sobre drogas psicotrópicas (OBID, S.D) o vocábulo droga tem origem na palavra **droog** (holandês antigo) que significa **folha seca**, pois todos os medicamentos eram feitos à base de vegetais. Para Fiore (2004), a origem do termo é incerta e há diversas versões. De acordo com o autor, há quem acredite que sua origem é bretã, grega, irlandesa ou francesa, mas ele considera a versão holandesa mais aceita.

Tanto o livreto informativo sobre drogas psicotrópicas (S.D), quanto Fiore (2014) analisam a conotação negativa da palavra “droga”. Enquanto o primeiro destaca as expressões populares usadas com a palavra, que são negativas, como: “Ah, mas que droga” ou “Esta droga não vale nada”, o segundo fala sobre o ponto de vista farmacológico, que diz que droga engloba todas as substâncias que provoquem alguma mudança fisiológica num corpo sem ser fundamental para sua sobrevivência. O autor exemplifica com o equívoco de jornais que usam as palavras álcool, remédios e drogas como coisas diferentes, fazendo com que a palavra droga seja relacionada ao ilícito, álcool ao lícito e remédio às substâncias de qualquer tipo prescritas ou não por um médico.

A partir do ponto de vista farmacológico, sem distinção entre lícito e ilícito, usarei a palavra “droga” a fim de analisar seu histórico e mostrar como a sociedade hoje em dia faz o uso de substâncias, porém, sem relacioná-las ao termo “droga” e sem reconhecer o seu uso, como veremos mais à frente.

Começemos pela história das drogas, para que possamos entender o caminho que a droga percorre pelas sociedades e qual a sua importância para as mesmas.

#### Segundo Fiore (2004)

As “drogas” foram tomadas como um problema social, uma grande quantidade de termos, já existentes ou não, foi utilizada pela medicina, pela polícia, pelo Estado, enfim, por toda a gama de agentes e saberes que participaram da instituição do fenômeno enquanto tal: tóxico, entorpecente, narcótico, estupefaciente, etc. Todos eles foram ou ainda são, de alguma forma, sinônimos do termo “drogas”. (FIORE, 2004)

As drogas acompanham a humanidade desde os tempos antes de Cristo. O seu significado varia de ser humano para ser humano, de povos para povos e até mesmo de crença para crença. Alguns buscam a cura para certas doenças, outros uma aproximação transcendental, ou ainda o caminho para a abstração do mundo que o perturba (MARTINS, 2007), segundo Boiteux (2006), a utilização de plantas psicoativas e alucinógenas era utilizada pelos nativos em cultos indígenas e pagãos, tanto na América quando na Europa, Lima (2013) fala da utilização das drogas desde os tempos imemoráveis, através da relação de homens e mulheres com a natureza e nas suas práticas de socialização. Vargas (2011) acredita que a história das drogas está inserida dentro da história da humanidade, que o passar dos anos fez variar o papel que essas substâncias desempenham e o uso que se faz delas em cada

cultura, a tal ponto que, de práticas sagradas, as drogas passaram a ser vistas como uma epidemia social.

Segundo Lima (2013):

A partir do mercantilismo, as “plantas mágicas” (coca, tabaco, café, pimenta, noz moscada etc.) e seus derivados artesanais (ópio) participaram como especiarias das trocas mercantis entre Ocidente e Oriente e se inscreveram em processos de colonização enquanto mercadoria dinheiro. (LIMA, 2013)

Segundo Martins (2007), a Cannabis teve seu surgimento na Ásia central em pelo menos 2700 a.C. e passou por diversos povos, tendo significados variados. Um papiro egípcio cita a planta entre as drogas sagradas dos faraós; foi usada na Assíria como incenso; os povos nômades que moravam entre os rios Don e Danúbio tomavam banho com o vapor provocado pelo lançamento de suas sementes sobre pedras incandescentes; os romanos utilizavam a planta para os cordames dos seus navios; era a erva indissociável da meditação da casta sacerdotal dos brâmanes (religião hindu); passou pelo islamismo, que teve sua contribuição para a propagação; a planta é levada para a África através do Egito e depois de alcançar os povos mulçumanos e a África negra, se supõe que a Cannabis tenha vindo para a América, através dos escravos que foram trazidos da Angola para o Brasil pelos portugueses.

A Cannabis tem sua importância na sociedade em duas faces: no uso para a produção de cordas, velas, tinta e vernizes dos navios que mais tarde viriam a fazer as descobertas do novo mundo; e da droga que traz propriedades terapêuticas, como analgésicos e soníferos, propriedades recreativas, hedonistas e místicas.

Martins (2007) aponta que os vestígios mais antigos conhecidos do Ópio são de 4200 a.C. A papoila do ópio era conhecida como “planta da alegria”. Aristóteles e Hipócrates indicam a droga como um calmante e sonífero a par das virtudes mágicas e religiosas. Teriam sido os gregos que levaram o ópio para a Ásia central e para a Índia. Mais tarde o ópio se relaciona à saga dos portugueses para estabelecer novas rotas comerciais que são abertas a partir da Índia até que os ingleses se apropriam do comércio do ópio em nível mundial. Vendiam a droga na divisa chinesa e apesar da interdição do uso dessa droga pela China (1800) o seu consumo não parou de crescer.

Em 1839, um debate interno toma conta da China, legaliza-se o comércio do ópio, sendo controlado pelo Estado, ou continua a proibição. Devido ao medo do consumo expandir-se exacerbadamente, a China optou pela proibição e reagiu apreendendo e jogando ao mar cerca de 1400 toneladas de ópio (MARTINS, 2007).

Depois de muita disputa entre os países, a Inglaterra impõe a legalização do comércio da droga para fins medicinais e o ópio é taxado na China, mesmo seu consumo sendo proibido pelo governo central do país. Quando na própria Inglaterra o comércio do ópio é considerado imoral, os ingleses deixam a China com um enorme contingente de usuários viciados na droga e o país decreta a proibição da cultura da papoila e do consumo do ópio por um período de 10 anos, em 1906.

A produção da folha de coca é basicamente feita nos países andinos, especialmente na Bolívia e no Peru, segundo Martins (2007), seu consumo é feito há cerca de 5000 mil anos. Assim como as outras drogas citadas, a folha

da coca tem seu valor cultural, religioso e social, além de estar relacionada ao alívio do esforço físico provocado pelo trabalho em altitude.

Segundo Lima (2013):

A coca foi um exemplar da passagem de um bem integrado aos rituais festivos e religiosos dos nativos das áreas andinas da América para passar a se inscrever no circuito geoeconômico e geopolítico da exploração da força de trabalho dos índios para extração de ouro e prata do continente. O uso da folha da coca circunscrita a seu valor de uso somente por autoridades religiosas e políticas daqueles povos transitou para se tornar uma mercadoria inscrita nas relações de trabalho com qualidade de equivalência nas relações de troca entre valores de mercadorias distintas. (LIMA, 2013)

Durante a colonização espanhola e posteriormente com as guerras que consecutivamente trouxeram a independência, a droga era usada tanto durante as explorações das minas, quanto para suportar a fadiga dos combatentes. Mesmo com a Igreja indo contra o cultivo e o uso, por significar o símbolo das crenças locais, o seu cultivo continuou dado o seu valor econômico, a ponto de não só a coroa espanhola cobrar tributo sobre a mesma, mas a própria Igreja, dela, arrecadar dízimo (MARTINS, 2007).

Como se vê da Convenção Única sobre os Estupefacientes de 1961, a mastigação da folha de coca podia ser autorizada por um período máximo de 25 anos (10), o qual já se escoou. Entretanto, alguns países da América Latina pediram à Organização Mundial de Saúde (OMS) que se pronunciasse sobre a nocividade ou não de tal hábito. Vão decorridos cerca de dois anos que um grupo composto por 40 cientistas de todo o mundo, recrutados no âmbito da OMS, emitiu opinião no sentido de que o uso da folha de coca não provocava na saúde física ou mental um dano digno de nota. No entanto, a OMS veio esclarecer publicamente que o estudo apenas representava os pontos de vista dos peritos que o subscreveram, reservando-se uma revisão das suas conclusões e uma posterior tomada de posição formal. (MARTINS, 2007)

O Crack, que é um dos derivados da pasta base da folha da coca, tornou-se conhecido no continente americano, nos Estados Unidos, na década

de 1980, em bairros periféricos, forjando cenários de uso mais conhecidos como crack houses (LIMA, 2013).

Segundo Lima (2013), o motivo pelo qual o Crack veio aparecer, logo no país que lidera a posição proibicionista às drogas, foi justamente o aumento da fiscalização e vigilância sobre substâncias precursoras, como o permanganato de potássio, que é usado para refinar a pasta base de coca em cocaína. Com a fiscalização muito forte sobre os precursores da produção da cocaína, tem-se um excedente da pasta base que vem retornando ao mercado na forma de crack.

No Brasil, o Crack aparece em meados dos anos 1990, restrito a algumas cidades como São Paulo e Belo Horizonte. Contudo, a partir dos anos 2000 espalhou-se o mercado pelo país e quando os espaços abertos da cena de uso do Crack tornaram-se tema midiático e de clamor social, nos anos 2010, a droga tornou-se objeto prioritário da agenda do Governo Federal (LIMA, 2013).

## **1.2- Breve histórico sobre a criminalização e leis sobre drogas**

Os primeiros passos para globalizar a criminalização às drogas foi a conferência em Xangai em 1909 e a Convenção de Haia em 1912. A primeira convenção do ópio tinha como objetivo controlar o comércio da droga e seus derivados. Os países signatários se comprometeram a coibir o uso de opiáceos e de cocaína em seus territórios caso o seu uso não fosse sob recomendação

médica. O tratado foi assinado pela Alemanha, Estados Unidos, China, França, Reino Unido, Itália, Japão, Países Baixos, Pérsia, Portugal, Rússia e Sião (atual Tailândia). Inicia-se então a guerra às drogas.

Dos motivos para a iniciação da guerra às drogas estão os interesses dos EUA (fim do século XIX) em financiar as conferências para melhorar suas relações comerciais com a China e por outro lado enfraquecer seu concorrente principal, a Inglaterra. Havia o interesse, também, por parte da indústria farmacêutica de ter o monopólio da manipulação, refinamento e do comércio do ópio e da cocaína. Interesse da classe médica que procurava rechaçar tudo o que pudesse ser caracterizado como xamanismo ou curandeirismo e os setores cristãos conservadores que apoiavam o proibicionismo valendo-se da ideologia de pureza moral. Esses setores tinham força política junto aos legisladores.

No ano de 1921 foi criada a primeira organização internacional com o objetivo de controlar a comercialização das drogas: Comissão Consultiva do Ópio e Outras Drogas Nocivas, que mais tarde foi sucedida pela Comissão das Nações Unidas Sobre Drogas Narcóticas, em 1946, vinculada ao Conselho Econômico e Social da ONU. Após abandonar a conferência de Genebra em 1925 os EUA organizam outras duas convenções entre 1931 e 1936 que mudam o curso das políticas de restrição às drogas.

Segundo Carvalho (2011), a conferência de 1936, conhecida como *Convenção para a Repressão do Tráfico Ilícito das Drogas Nocivas*, foi promulgada pelo decreto 2.994, de 17 de agosto de 1938, no Brasil, pelo



presidente Getúlio Vargas. O Brasil, embora tenha se comprometido com o tratado de Haia, nunca o fez efetivamente. Em 1921 foi elaborado o primeiro texto legislativo específico com o objetivo de estabelecer restrições ao uso das drogas em âmbito nacional, sancionado pelo então presidente Epitácio Pessoa.

Em abril de 1936 foi criada a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes (CNFE) que tinha como objetivo estudar e fixar normas gerais de ação fiscalizadora do cultivo, extração, produção, fabricação, transformação, preparo, posse, importação, reexportação, oferta, venda, compra, troca, repressão do tráfico e uso ilícitos de drogas. Cabia ainda elaborar projetos, consolidando as leis nacionais sobre drogas e submetê-las ao poder legislativo.

Com o passar dos anos gasta-se mais dinheiro em investimentos para a criminalização das drogas, faz-se pesquisas, eventos, reuniões e aumenta a repressão. A partir do golpe militar de 1964 os usuários de drogas passam a ser criminalizados, com casos de internação compulsória onde as altas se assemelhavam com alvarás de soltura.

Segundo Carvalho (2011), a droga a partir dos anos 60 é associada aos movimentos de “subversão”, logo, para os militares tratava-se de mais uma “imundície dos comunistas”. Momento em que os usuários de drogas passavam de caso de saúde para caso de polícia.

Em 1976 é promulgada a “lei de entorpecentes” que estabelece pena mínima de 03 anos e máxima de 15 anos de detenção para os enquadrados como traficantes de drogas e de seis meses a dois anos de prisão para os usuários de drogas ilícitas, pegos em flagrante. Para Olinger (2006), desde

1976, quando a lei foi promulgada, a polícia passa a ter uma nova gama de criminosos para perseguir: os traficantes e usuários de drogas.

Na lei Número 8.072, de 25 de Julho de 1990 que dispõe sobre crimes hediondos, o tráfico de entorpecentes é contemplado sendo insuscetível de anistia, graça, indulto e fiança.

Já no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), em 2002, é sancionada a lei 10.409 “Antidrogas” que teve mais da metade de seus artigos vetados pelo presidente e sofreu uma emenda no mesmo ano através do “PL 7134/2002”. A nova lei prescrevia medidas de prevenção, atenção e reinserção para usuários e dependentes de drogas. A medida ainda previa que o usuário não mais seria preso, mas cumpriria medida de cárcere educativo e penas alternativas. A pena mínima passaria de três para cinco anos e a máxima permanece em quinze anos, porém o crime de tráfico passa a ter vários agravantes, como: envolvimento de menores, formação de quadrilha, financiamento de atividades criminosas. Com isso o traficante poderia ter a pena máxima aumentada.

Após receber o parecer contrário do Ministério da Saúde, o projeto de lei foi retirado da Câmara em 2003 e foi constituído um grupo para apresentar uma proposta de emenda ao documento.

Em 2006, o Presidente Luiz Inácio Lula da Silva sanciona a nova lei de drogas, 11.343, que determina o porte de drogas como crime, mas os usuários não estão mais sujeitos à prisão e que caberá aos juizados especiais a definição das medidas de advertência e/ou socioeducativas. A nova lei institui o

Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, que tem como finalidade articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas à prevenção do uso indevido; à atenção e à reinserção social de usuários e dependentes de drogas; e à repressão da produção não autorizada do tráfico ilícito de drogas.

A partir de então o usuário é diferenciado novamente do traficante e tem o direito de receber atendimento na rede pública de saúde, que por sua vez deverá apresentar programas específicos para o tema, com garantia de tratamento individualizado.

A pena mínima passou de três para cinco anos, como a proposta original, e a máxima permaneceu em quinze anos. Para Boiteux (2006), a mudança na lei sobre as drogas significou um aumento na população carcerária, visto que passa a ser um crime inafiançável, proibida a concessão de *sursis*, graça, indulto, anistia e liberdade provisória.

Como se pode minimamente observar, a história das drogas é a continuidade de uma história de retrocessos e progressos, salvação e condenação que sobrevive na história da humanidade, não só paralelamente, mas sendo importante em diversos aspectos vistos anteriormente. Hoje, há países - inclusive alguns estados dos EUA, que foi um dos principais países a fortalecer o proibicionismo - que descriminalizaram o uso da maconha para fins médicos e até recreativos como é o caso de Portugal e do Canadá, entre outros. A Comissão Brasileira Sobre Drogas e Democracia lançou um documento no ano de 2011, Política de Drogas: Novas práticas pelo mundo

(PDNPM), onde reúne experiências recentes que chamaram atenção pelo seu caráter inovador e por apresentarem resultados positivos, como é o caso do Uruguai, Canadá, EUA e Portugal.

O Uruguai foi um dos poucos países a não criminalizar os usuários de drogas após a declaração de guerra contra as drogas dos EUA em conjunto com a ONU em 1988, a política usada pelos uruguaios era voltada para a perspectiva da redução de danos. O Uruguai se tornou o primeiro país do mundo a assumir o controle de todo o processo de produção e venda de maconha, ainda que tenha acontecido há pouco tempo e que não tenha pesquisa científica ainda sobre o assunto, o secretário nacional de drogas do país, Julio Heriberto Calzada, afirmou que o número de mortes ligado ao uso e ao comércio da droga chegou a zero (PDNPM, 2011).

Nos EUA, o primeiro estado a permitir o uso da maconha para uso medicinal foi a Califórnia, em 1996, e a partir desse ano mais 14 estados, incluindo a capital, aprovaram legislação semelhante. O objetivo dessas novas leis sobre a maconha era assegurar o tratamento adequado aos pacientes de distintas doenças e proteger os usuários da lei federal que determina o uso da droga para fins medicinais como criminoso. Cerca de 200 mil californianos tem a permissão médica para comprar, consumir e cultivar a maconha para uso terapêutico (PDNPM, 2011).

Em Portugal, desde 2001, todas as drogas foram descriminalizadas para consumo pessoal em resposta a altos índices de problemas associados ao mercado de entorpecentes que estavam, na década de 90, superlotando os

presídios e sobrecarregando o sistema judiciário. Junto com a descriminalização se criaram as Comissões para Dissuasão da Toxicodependência, formadas por uma pessoa da área jurídica e outras duas das áreas de saúde, psicologia e Serviço Social, para acompanhamento e tratamento dos dependentes das drogas (PDNPM, 2011).

Em 2003, a cidade de Vancouver, no Canadá, inaugurou a primeira sala para uso seguro de drogas injetáveis da América do Norte. A política de drogas no Canadá se baseia em quatro pilares: repressão, prevenção, tratamento e redução de danos. A intenção da sala era reduzir o alto índice de AIDS e Hepatite C entre os usuários de drogas injetáveis. Nesse local foram atendidos 221 casos de overdose, nenhum resultou em morte do usuário (PDNPM, 2011).

No Brasil, há alguns projetos sobre esse tema, dois deles estão em evidência na câmara dos deputados, um do Deputado Federal Osmar Terra que prevê a classificação das drogas levando em conta seu mecanismo de ação, administração e sua capacidade de causar dependência. Os critérios, segundo o projeto de lei, devem estar disponíveis na internet. Prevê também distinção entre os crimes relacionados a drogas que causam mais dependência, logo quem vender crack fica mais tempo preso do que quem vende maconha. O deputado apresenta propostas na linha do proibicionismo, seguindo a lógica do “tratamento ao usuário e guerra ao tráfico”, o que já vem acontecendo hoje (PROJETO DE LEI Nº 7663, 2010).

A outra proposta é a do Deputado Federal Jean Wyllys que prevê a regulamentação, produção e comercialização da maconha e seus derivados;

descriminalização da posse de qualquer tipo de droga para consumo pessoal; políticas de redução de danos para tratamento de pessoas que sofrem com todos os tipos de drogas; estabelecimento de novo sistema para classificar as drogas lícitas e ilícitas, por critérios científicos, dentre outras mudanças na legislação que está vigente hoje no Brasil. Esse projeto segue a linha do que vem acontecendo no Uruguai, Canadá, Portugal e outros países que descobriram que a guerra às drogas foi um fracasso e começam a desenvolver políticas para enfrentar essa questão de formas diferentes, mas respeitando o indivíduo, suas vontades, a posição de cada pessoa, e oferecendo tratamento aos dependentes, passando a questão das drogas da polícia para a saúde e reduzindo assim os danos provocados pelo seu uso ou pela dependência a elas (PROJETO DE LEI Nº 7270, 2014).

São propostas que buscam atender as demandas e interesses distintos de grupos específicos ou não da sociedade. Há quem defenda e quem repudie o uso das drogas, tanto para uso medicinal quanto para uso recreativo. Hoje no Brasil o tema ganha força em diversas instâncias, há correntes que entendem que a guerra às drogas fracassou, é o que diz um relatório realizado pela London School of Economics, que afirma que além de ser um fracasso, a guerra às drogas gerou um mercado negro de US\$ 300 bilhões. Há ainda quem acredita que essa guerra é o caminho para a extinção das mesmas. O fato é que no Rio de Janeiro a guerra às drogas virou guerra aos pobres, onde diversas violações de direitos são legitimadas em nome dessa guerra, já que até mesmo a abordagem a um usuário de drogas em um bairro de classe média é diferenciado da abordagem a um usuário dentro da favela.

Além de propostas dentro da câmara de deputados, há a sociedade civil organizada pressionando o governo para a legalização, como é o caso da Marcha da Maconha e da LEAP (Law Enforcement Against Prohibition).

Segundo o site oficial da Marcha da Maconha:

O Coletivo Marcha da Maconha Brasil é um grupo de indivíduos e instituições que trabalham de forma majoritariamente descentralizada, com um núcleo-central que atua na manutenção do site [marchadamaconha.org](http://marchadamaconha.org) e do fórum de discussões a ele anexado. Apesar de existir tal núcleo, todo o trabalho é realizado de forma horizontal e coletiva entre uma rede de colaboradores, no qual os textos, artigos e todo tipo de trabalhos são compartilhados de acordo com as necessidades, disponibilidades e engajamento de cada um. (MARCHA DA MACONHA.ORG)

Ainda segundo o site, a Marcha da Maconha tem como objetivo criar espaços onde indivíduos e instituições possam se organizar e debater sobre o tema, estimular reformas nas leis e políticas públicas sobre a maconha e suas diversas formas de uso. A Marcha da Maconha sai em passeata todo ano em diversos estados brasileiros.

A LEAP, criada em 2002, é formada por forças policiais e da justiça criminal que acreditam na falência da atual política de drogas. Segundo o portal da LEAP:

Somente a legalização da produção, do comércio e do consumo de todas as drogas porá fim à violência provocada pela proibição, que é especialmente sentida no Brasil. Na cidade do Rio de Janeiro, por exemplo, os elevados índices de homicídios dolosos – mais de 3.000 por ano – têm estreita relação com a proibição às drogas, seja por resultarem de conflitos surgidos no interior do mercado ilegal (cobranças de dívidas, disputas por pontos de vendas, ou outros conflitos entre "traficantes"), seja por resultarem da repressão ao "tráfico". Basta pensar que cerca da quarta parte do total de homicídios dolosos na cidade do Rio de Janeiro resulta de execuções sumárias praticadas por policiais durante operações dirigidas contra "traficantes" de drogas em favelas. (LEAPBRASIL.COM.BR)

Ainda segundo o mesmo portal, os objetivos da LEAP são: informar a população, a mídia e os políticos sobre a falência do atual modelo de políticas sobre drogas e restaurar o respeito público aos integrantes das forças policiais,

que tem se reduzido consideravelmente por seu envolvimento na imposição da proibição das drogas.



## **CAPÍTULO 2**

### ***O Proibicionismo e suas críticas***

#### **2.1- O Proibicionismo**

É de suma importância para que se possa entender como se dá a política sobre drogas no Rio de Janeiro, que se compreenda o discurso proibicionista. O governo do estado e do município reproduzem a lógica proibicionista e concomitantemente reproduzem algumas ações de fortalecimento de instituições que trabalham com a redução de danos, como os CAPS e Consultórios na Rua. Mas para que a redução de danos tenha sucesso, é necessário que haja um mínimo de coerência em suas ações e respeito à vontade do usuário, o que veremos detalhadamente mais à frente. Ações como troca de seringa e substituição de uma droga pesada por uma mais leve são fundamentais para uma política de redução de danos e para o acompanhamento do usuário que desenvolveu uma dependência por alguma droga, entretanto são ações que no Brasil são proibidas devido à legislação sobre drogas vigente.

O movimento proibicionista dividiu o entendimento sobre as drogas em drogas legais e ilegais e, com isso, prejudicou a produção científica sobre o tema quando se trata das drogas ilegais. Para FIORE (2012), “não se explica o empreendimento proibicionista por uma única motivação histórica”. Lima e Tavares (2012) e Boiteux (2016) afirmam que o proibicionismo foi uma opção política, Boiteux complementa dizendo que não houve conclusões médicas quanto a graduação e à avaliação concreta dos riscos de cada substância e

nem uma alternativa de modelo intermediário ou menos repressivo. A radicalização da política puritana norte-americana, o interesse da indústria médico-farmacêutico interessados na monopolização da produção de drogas e o clamor das elites que estavam assustadas com a desordem urbana, são fatores que motivaram o proibicionismo. Lima e Tavares (2012) acrescentam a esse debate afirmando que:

O proibicionismo, hoje, mantém esse traço de servir a interesses velados de frações de classe; de vincular seu enfrentamento a outras esferas econômicas como a indústria bélica e seus equipamentos de tecnologias de segurança; de nublar a crescente medicalização da vida sob a suposta proteção dos benefícios terapêuticos dos remédios produzidos pela indústria farmacêutica e prescritos pela corporação médica; e de incidir sua violência institucional maciçamente sobre segmentos populacionais marcados pela discriminação racial, de gênero e etnia. (LIMA; TAVARES, 2012)

Fiore (2012) divide o proibicionismo em duas premissas, a primeira diz que o consumo de drogas é uma prática prescindível e danosa, o que justifica a proibição pelo Estado e a segunda é que a atuação ideal do Estado para combater as drogas é criminalizar sua circulação e seu consumo. Segundo Lima e Tavares (2012):

O proibicionismo à certa droga criou um lastro de legitimidade para intervenção do Estado para invadir a liberdade e minar princípios democráticos a partir de sua ampla e difusa produção de dispositivos criminalizadores. (LIMA; TAVARES, 2012)

A primeira premissa diz que a ingestão de qualquer droga ilícita é fisiológica e mentalmente danosa. Não há padrão, quantidade ou nível seguro para o uso dessas drogas que podem levar até a morte. Por ter um caráter prazeroso, as drogas podem provocar dependência que culmina na perda do controle e da capacidade da livre escolha, o uso acarreta na perda gradual de outros interesses, uma busca incessante por novas doses e uma “dolorosa

síndrome de abstinência” (FIORE, 2012). Essa dubiedade, que o proibicionismo implica sobre as drogas, faz com que se perca o sentido cultural do “pharmakon” – ser ao mesmo tempo “cura” e “veneno”, “prazer” e “sofrimento” (LIMA e TAVARES, 2012).

Ainda sobre a primeira premissa, o consumo das drogas, segundo o autor, podem gerar consequências sociais, como o comportamento descontrolado e a deterioração dos laços sociais. As drogas levam o indivíduo a ações inconsequentes e, por vezes, violentas já que não há uma capacidade de autocontrole. O Estado usa desses argumentos para proibir, perseguir e punir quem produz, vende ou consome (FIORE, 2012).

A segunda premissa diz que a ação do Estado está legitimada pela primeira premissa apresentada, o Estado deve agir em duas frentes: impedir o comércio da substância e reprimir o usuário.

Boiteux (2006) acredita que o proibicionismo está sustentado por dois fundamentos básicos, um deles é o fundamento moral que, segundo a autora, é trazido da moral protestante do século XIX, que vê na abstinência um ideal de virtude. É idealizada a figura do cidadão “modelo” que seria um cidadão religioso, abstêmio, sem vícios e que vive tranquilamente em sociedade.

## **2.2- Críticas ao Proibicionismo**

Segundo Boiteux (2006), proibicionismo no papel parece ser mais inofensivo e de certa forma mais simples do que é, mas a realidade é que para que se alcancem os objetivos proibicionistas são realizadas ações autoritárias

por parte do Estado, que por sua vez, contam com o apoio das indústrias farmacêuticas, das grandes mídias e da população que reproduz no senso comum aquilo que acredita que pode produzir violência para si própria, como é o caso dos moradores de comunidades carentes. Para Boiteux (2006):

Se presume, sem nenhuma base empírica, que a interdição pela lei penal, sob ameaça de pena, fará as pessoas mudarem seus hábitos, gostos e escolhas e deixar de consumir determinadas substâncias, apenas pelo fato de serem ilícitas. (BOITEUX, 2006)

Ainda segundo a autora:

O modelo proibicionista, ao defender como modelo a cultura branca protestante anglo-saxã norte-americana, além de desconsiderar a diversidade étnica, cultural e religiosa de outros povos, pretende se sobrepor a culturas tradicionais diversificadas, como a dos países andinos, que faz uso de produtos naturais como a folha de coca, como expressão de sua cultura ancestral. (BOITEUX, 2006)

As drogas legais ou “remédios” são vendidos sob prescrição médica, ou não, dependendo da substância. Os analgésicos lideram os investimentos do mercado publicitário, estão em segundo lugar em vendas no Brasil e são relacionados a milhares de mortes anuais. Seja por reações adversas, efeitos colaterais ou consumo abusivo.

Fiore (2012) explicita que mesmo com fiscalização permanente, sabe-se que há um enorme mercado clandestino de drogas psicoativas com aplicação médica e que essas substâncias ocupam a lista das drogas mais vendidas no Brasil. Para se ter uma ideia, o Rivotril (ou Clonazepam) que é utilizado como calmante e inibidor de ansiedade, é o segundo medicamento mais vendido no país numa lista que inclui analgésicos e anticoncepcionais. Um ponto polêmico, segundo o autor, é o “crescimento do diagnóstico infantil de transtornos como o do déficit de atenção, tratados por meio de uso sistemático de estimulantes”.

Há também as bebidas alcoólicas, bebidas estimulantes (café, chá e energéticos) e o tabaco. São drogas que estão na lista das permitidas, mas que sofre restrição em cada país de uma forma diferente, no geral seu consumo é liberado para os adultos. São substâncias psicoativas e que não têm aplicação médica oficial e que movimentam milhões de reais por ano, para se ter um exemplo do quanto isso representa, dos dez mais ricos no Brasil, em 2014, segundo a revista Forbes, três são da área de cervejaria.

E, finalmente, as drogas psicoativas que, mesmo que sejam ilegais, são consumidas maciçamente pela população. O Estado se limita a não permitir seu uso, de certa forma obrigando seus cidadãos a se manterem distante das drogas para que não coloque a sociedade e a si próprio em risco.

Todas essas drogas citadas têm potencial de dano, seja fisiológico ou mental. Uma parte significativa delas é tóxica, o que pode causar, e causa, mortes acidentais todos os anos em números expressivos. Qualquer cidadão pode consumir drogas esporadicamente ou frequentemente, desde que queira, tenha dinheiro e saiba onde comprá-las, o que pode levar a comportamentos diferentes dos ditos “normais” e a quadros de dependência.

A guerra às drogas falhou no que se propôs, não acabou com elas, nem ao menos freou seu uso. Essas substâncias têm de ser vistas como um todo, observando sempre as suas particularidades, mas jamais dividindo-as em dois polos: proibidas e permitidas.

Fiore (2012) acredita que a supressão da primeira premissa – a punição aos consumidores de drogas – possa trazer uma atuação mais justa e eficaz ao tema, junto ao reconhecimento que as drogas continuarão a existir, o Estado

deve prover outros controles sociais e melhorar as formas possíveis de prevenção e redução de danos ignorados pelo proibicionismo.

A produção, o comércio de drogas ilícitas e o tráfico de armas são o maior mercado criminoso do mundo e por opção política, segundo Boiteux, (2006) decidiu-se manter esse grande lucrativo mercado na ilicitude. Não há qualquer tipo de regulação, mas há exploração do trabalho, inclusive infantil, contaminação ecológica, corrupção de agentes públicos e utilização da violência armada para demarcação de interesses e outros conflitos. Fiore (2012) mostra que os dados empíricos não relacionam o consumo de drogas à violência e usa como exemplo a Europa Ocidental que tem, proporcionalmente, mais consumidores de drogas do que a América Latina, mas o consumo e o comércio das substâncias se dão de forma consideravelmente menos violenta e conclui que a “violência do comércio de drogas responde aos contextos em que ele ocorre”.

Segundo Boiteux (2006), em termos aproximados, o mercado de drogas atinge o nível de US\$ 300 bilhões anuais. As estatísticas mostram que de 2004 para 2005 houve um aumento de aproximadamente 15 milhões de usuários de drogas, 185 milhões em 2004 e 200 milhões em 2005, o equivalente a 5% da população adulta. Para a autora o controle penal não inibe o consumo, nem a produção porque não tem condições de impedir o funcionamento do tráfico.

Sobre o campo jurídico a autora diz que a estratégia usada tem sido a generalização das condutas e uniformização das normas. Exemplificando: qualquer associação para comércio de drogas é equiparada ao indefinido conceito de “crime organizado”, com o objetivo de ampliar a atuação

repressiva. Os tipos penais não diferenciam o sujeito praticante do crime, tanto faz se é “aviãozinho”, “fogueteiro” ou chefe da boca, a escala penal é a mesma.

Os jovens pobres, pertencentes a classes mais baixas, servem como mão-de-obra do tráfico, trabalham em funções diversas e são as principais vias para os usuários. De acordo com Boiteux (2006), para quem não tem estudo ou profissão, os salários mais bem pagos no tráfico são para os que exercem função de “soltadores” de foguetes, “aviões” e gerentes da boca.

As crianças e adolescentes, sem perspectiva de políticas sociais que os acompanhe desde criança até entrarem no mercado de trabalho, passando pela educação precária, saúde sucateada, falta de escola de profissionalização e lugares onde possam expressar a arte e sua cultura. Cultura esta que é estigmatizada pela sociedade, assim como esses mesmos jovens o são e, com isso, são empurrados a lógica do capital de querer ter, querer ter um tênis da moda, uma camisa da marca, um acessório da novela e acabam vendo no tráfico uma oportunidade de ascenderem socialmente e economicamente. Essas crianças e adolescentes transportam armas e drogas para os adultos e servem de “olheiros” para informar sobre a aproximação da polícia. Como dizem os Racionais MC em uma composição chamada “Mágico de OZ”

Moleque novo que não passa dos 12 já viu, viveu, mais que muito homem de hoje, vira a esquina e para em frente a uma vitrine se vê, se imagina na vida do crime, dizem que quem quer segue o caminho certo, ele se espelha em quem tá mais perto. (RACIONAIS MC, SD)

É importante lembrar que a importância que a mídia tem na elaboração de políticas repressivas é muito forte, pois a forma como a mídia relata os

fatos, tem influência na realidade social, na administração da justiça e na legislação penal.

Boiteux (2006) resume de forma direta o que o proibicionismo proporciona para a sociedade:

O círculo vicioso se fecha: consumidores compram drogas, traficantes vendem, os excluídos do sistema se empregam na indústria ilícita com salários melhores; traficantes precisam comprar armas, o comércio ilegal quer vender armas; os lucros dos tráficos (de drogas e de armas) são exorbitantes; as altas esferas do poder têm sua representação na indústria, e absorvem parte do lucro; o dinheiro sujo circula e precisa ser lavado; as instituições financeiras lavam o dinheiro; a indústria do controle do crime quer vender segurança, a população aterrorizada quer comprar segurança; a “guerra às drogas” é cara, mas o dinheiro é público. (BOITEUX 2006)

Para entender melhor a lógica do proibicionismo, podemos observar que é criado um estereótipo em cima do que é o traficante de drogas, construído pelo discurso oficial e divulgado pela mídia. Segundo Zaccone (2011), esse estereótipo “aponta para o protótipo do criminoso organizado, violento, poderoso e enriquecido através da circulação ilegal desta mercadoria”. Ainda segundo o autor, por ser delegado da polícia civil do Rio de Janeiro, encontra uma realidade diversa da que é apresentada, fala que os presos por tráfico de drogas são em geral homens e mulheres pobres, com baixa escolaridade e na maioria das vezes são pegos com porte de drogas sem portar nenhuma arma, não fazem parte de qualquer facção. Esses são “os “narcotraficantes” que superlotam os presídios do Rio de Janeiro”.

Zaccone (2011) apresenta alguns dados que são interessantes e enriquecem o debate sobre o proibicionismo e a questão das drogas. Ele fala que quando trabalhou na 41ª Departamento de Polícia (DP) localizada em Jacarepaguá, realizava em cada plantão, pelo menos um flagrante de tráfico,



mas ao ser transferido para a 16ª DP que fica localizada na Barra da Tijuca, fez em um ano apenas um desses flagrantes, que resultou na prisão de uma senhora de 60 anos de idade que vendia maconha em sua residência. Algo curioso no caso é que a ocorrência foi conduzida por policiais militares, que moravam perto do local, mas que estavam de folga.

Podemos observar que a ação proibicionista tem uma direção, um foco e um alvo. Ao analisar o mapa de ocorrências por detalhamento de delito tráfico de entorpecentes vamos ver que há uma direção nas ações contra o tráfico. Em 2005, os flagrantes que aconteceram nas delegacias da Barra da Tijuca e da zona sul do Rio de Janeiro que tem como conduta o tráfico de drogas, são elas: Delegacia da Gávea (17 flagrantes), Botafogo (15 flagrantes), Copacabana (14 flagrantes), Leblon (9 flagrantes), Ipanema (5 flagrantes) e Barra da Tijuca (3 flagrantes) atingem aproximadamente um terço dos flagrantes por drogas da delegacia de Bangu (186 flagrantes).

Na delegacia de Santa Cruz foram registrados 89 flagrantes, em Bonsucesso 83 flagrantes, Jacarepaguá 73 flagrantes, Imbariê 67 flagrantes e São Cristóvão 63 flagrantes.

De acordo com Zaccone (2011), os registros realizados pela polícia não correspondem à realidade da circulação das drogas no Rio de Janeiro, e como podemos observar a cima, acreditar que essa é a realidade, é acreditar que em Bangu circula três vezes mais drogas do que na zona sul carioca mais Barra da Tijuca. Podemos observar que há uma seletividade enquanto o exercício do poder do Estado, ou seja, o encarceramento. Os bairros com menor poder aquisitivo são alvos de incursão da polícia e ações extremamente truculentas

em uma lógica da criminalização da pobreza. A mesma polícia que entra nos becos e vielas das favelas para prender traficantes de drogas não entra nos condomínios de luxo que ficam localizados na zona sul e na Barra da Tijuca, que segundo o autor é o local onde as drogas circulam nesses bairros.

Ainda conforme Zaccone (2011), para os jovens da zona sul que consomem drogas aplica-se o paradigma médico, através de atestados médicos que garantem as soluções fora dos reformatórios. Para os jovens das classes baixas, o paradigma criminal. O autor define o estereótipo do traficante de drogas:

O estereótipo do bandido vai-se consumando na figura de um jovem, negro, funkeiro, morador de favela, próximo do tráfico de drogas vestido com tênis, boné, cordões, portador de algum sinal de orgulho ou de poder e nenhum sinal de resignação ao desolador cenário de miséria e fome que o circunda. (ZACCONE 2011)

Podemos, por fim, observar que a guerra às drogas é uma guerra aos pobres, às classes baixas que residem em comunidades, que além de ter pouquíssimas intervenções do Estado com políticas públicas de qualidade, concretas e contínuas de educação, saúde, entre outras, sofre com uma das únicas políticas públicas que entram nas comunidades, a segurança pública. A guerra às drogas não freou a produção, comercialização e uso das drogas e, além disso, encarcera e mata um segmento da população que está mais vulnerável, superlotam os presídios do país em nome de uma guerra que não vai ter fim, enquanto guerra.

## CAPÍTULO 3

### *A reforma psiquiátrica e a política de redução de Danos*

#### **3.1- Reforma Psiquiátrica e a Redução de Danos**

Historicamente a maneira como o louco é assistido, está diretamente relacionado com o olhar sobre a loucura. No Renascimento, os chamados loucos, gozavam de certo grau de liberdade muitas vezes fazendo parte do cenário social, “era um errante, às vezes expulsas das cidades, frequentemente vagando pelos campos, entregue a comerciantes, peregrinos ou navegantes” (MACHADO, 1988).

Com o passar do tempo, o olhar sobre a loucura muda, na época clássica o louco passa a ser olhado como a pessoa destituída da razão. O louco é visto como o que toma o errado como verdade, a loucura passa a ser vista como um defeito. Desde então surgiu a necessidade de tratar o louco, “organizar um lugar de encarceramento, morte e exclusão para o louco” (AMARANTE, 2010).

Após a revolução francesa, apesar de ter como princípios a igualdade, liberdade e fraternidade, associavam os loucos a um segmento da sociedade que desafiava a universalidade de tais preceitos. Nesta conjuntura, os hospícios são criados e os loucos são retirados compulsoriamente de seu convívio familiar, do trabalho, da cidade, tendo como prerrogativa assegurar sua própria segurança e da sociedade (FAGUNDES, 2013).

O hospício Pedro II foi o primeiro do Brasil, localizado no Rio de Janeiro, inaugurado em 1952, foi o marco institucional da política de Saúde Mental do

Brasil. A partir de então, os usuários da Saúde Mental, que já eram estigmatizados, passaram a ter seu direito de ir e vir, sociais e de liberdade cerceados por essas instituições. As instituições manicomiais se proliferaram e a partir de convênios de instituições psiquiátricas com o governo, a Saúde Mental passa a ser negócio, vista pelo seu cunho lucrativo pelas instituições privadas, na década de 70 (FRANCO, 2005).

Segundo Resende (2001), na ideologia psiquiátrica brasileira, remover, excluir, abrigar, alimentar, vestir, tratar, eram palavras de ordem, mas o peso desses verbos ficou resumido aos dois primeiros da lista (remover e excluir), os demais nem mesmo legitimados foram.

Os trabalhadores da Saúde Mental fizeram diversas críticas, oriundas de muitas denúncias, que segundo Tenório (2002) eram denúncias sobre fraude no sistema de financiamento dos serviços, de abandono, violência e maus-tratos a que eram submetidos os pacientes internados nos hospícios. Conforme Franco (2005), foram intensificados os debates sobre a realidade das instituições manicomiais. A maioria dos profissionais, segundo a autora, reconhecia que era preciso mudar, reformular e principalmente humanizar a assistência nas unidades de atendimentos, foi quando os trabalhadores começaram a se organizar e a participar de espaços legítimos de discussão, como conferências, congressos e encontros.

Dados que Tenório (2002) traz sobre internações em manicômios são importantes para que possamos entender a Saúde Mental como mercadoria:

Entre 1965 e 1970 a população internada em hospitais diretamente públicos permaneceu a mesma, enquanto a clientela das instituições conveniadas remuneradas pelo poder público saltou de quatorze mil,

em 1965, para trinta mil, em 1970. Anos depois, esses números se multiplicariam, mantendo, porém, uma proporção de 80% de leitos contratados junto ao setor privado e 20% diretamente públicos (TENORIO, 2002).

Em 1978, foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), combinando reivindicações trabalhistas com um discurso humanitário. Segundo Amarante (1995), o MTSM se torna o ator social estratégico pelas reformas no campo da Saúde Mental. Ainda segundo o autor, o movimento, em um primeiro momento, organizou diversas críticas ao modelo psiquiátrico clássico, constando-as na prática das instituições psiquiátricas. O movimento procura entender a função social da psiquiatria e suas instituições, para além de seu papel médico-terapêutico. Dessa maneira, constrói um pensamento crítico no campo da Saúde Mental que permite visualizar uma possibilidade de inversão deste modelo a partir do conceito de desinstitucionalização.

Para Tenório (2002) a crítica às políticas de saúde do Estado e a elaboração de propostas alternativas constituíram o que veio a chamar-se de movimento da reforma sanitária: um movimento pela reformulação do sistema nacional de saúde.

Apostava-se que o aperfeiçoamento técnico e o gerenciamento honesto e competente dos recursos da ciência médica pela gestão pública resolveriam o problema da má assistência em saúde, inclusive (mas não apenas) no setor psiquiátrico. (TENÓRIO 2002)

Franco (2005) fala sobre os encontros que aconteceram e destaca a importância que eles tiveram para o tema. Segundo a autora, em 1987, na I Conferência Nacional de Saúde Mental, discutiu-se novas políticas assistenciais e afirmou-se a necessidade de uma nova legislação psiquiátrica

no Brasil. Sobre a I Conferência Nacional de Saúde Mental, Tenório (2002) diz que:

A I Conferência representa, portanto, o fim da trajetória sanitária, de transformar apenas o sistema de saúde, e o início da trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura. É a chamada desinstitucionalização. (TENORIO 2002)

Ainda em 1987, no II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, surgiram propostas baseadas em princípios teóricos e éticos de assistência e foi lançado o lema “*Por uma sociedade sem manicômios*”. Nesse mesmo encontro foi consagrado o 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. A II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, “foi precedida por uma ampla mobilização nas etapas municipais e estaduais e, pela primeira vez na história, contou com uma participação expressiva de usuários e de familiares” (FRANCO, 2005).

Em 1989, o deputado Paulo Delgado (PT-MG) apresentou o projeto de lei nº3.657/89, que viria a ser conhecido como a lei da Reforma Psiquiátrica e tinha como objetivo a extinção dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais (FRANCO, 2005). O projeto dispunha de três artigos: o primeiro impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de “recursos não-manicomiais de atendimento”; e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria emitir parecer sobre a legalidade da internação. Segundo Tenório (2002), depois de aprovado na

câmara, foi para o senado onde levou mais de dez anos para ser aprovado (em janeiro de 2000).

A discussão sobre o projeto suscitou a elaboração e aprovação, em oito unidades da federação, de leis estaduais que, no limite da competência dos estados, regulamentavam a assistência na perspectiva da substituição asilar. A intensificação do debate e a popularização da causa da reforma desencadeadas pela iniciativa de revisão legislativa certamente impulsionaram os avanços que a luta alcançou nos anos seguintes. Pode-se dizer que a lei de reforma psiquiátrica proposta pelo deputado Paulo Delgado protagonizou a situação curiosa de ser uma lei que produziu seus efeitos antes de ser aprovada. (TENORIO, 2002)

Para contribuir com o debate, Amarante (1995), também reconhece que, antes mesmo da lei nº 3.657/89 ser aprovada, já haviam ações voltadas para a desinstitucionalização.

As portarias 189/91 a 224/92 do Ministério da Saúde abriram a possibilidade, até então inexistente, para que o Sistema único de saúde (SUS) possa financiar outros procedimentos assistenciais que não o simples leito/dia ou consulta ambulatorial. De 1991 até abril de 1995, os leitos psiquiátricos caíram da casa dos 86 mil para 72 mil. Portanto, uma redução de 14 mil leitos, considerando que 30 hospitais privados tiveram suas atividades encerradas. No mesmo período foram criados 2.065 leitos psiquiátricos em hospitais gerais e mais de 100 núcleos e centros de atenção psicossocial. (AMARANTE, 1995)

É importante destacar que em 1987 foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), segundo Devera & Costa-Rosa (2007), ainda funcionava como instância intermediária entre o Hospital Psiquiátrico e o Ambulatório de Saúde Mental. O CAPS experimentou novas práticas e assimilou várias experiências históricas alternativas à psiquiatria hospitalocêntrica. Ainda segundo os autores, a divulgação dessa experiência possibilitou uma série de experiências similares pelo Brasil. Em 1989, em Santos, a gestão municipal pôs em prática uma experiência inédita no Brasil. Inspirados na Psiquiatria Democrática italiana, aboliu-se o Hospital Psiquiátrico

e implantou-se em seu lugar uma rede integrada de instituições, das quais os Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS) eram os eixos principais. Os NAPS e os CAPS serviram de inspiração para muitas transformações que vêm se processando no país.

A partir dos anos 2000, o Ministério da Saúde elege o CAPS como designação oficial das experiências substitutivas ao modelo hospitalocêntrico. Antes de falar mais sobre os CAPS, existem algumas portarias que foram de suma importância e que fazem parte da luta da reforma psiquiátrica, algumas delas são:

Portaria 224 (janeiro/1992) Dispõe sobre normas e diretrizes para os atendimentos hospitalares e extra-hospitalares. Atendimento ambulatorial (UBS, CS, ASM) de NAPS e CAPS e o atendimento hospitalar (HD, Serviços de Urgência Psiquiátrica em Hospital geral, Leito ou Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral e Hospital Especializado em Psiquiatria);

Portaria 145 (agosto/1994) Dispõe sobre a criação de um subsistema de supervisão, avaliação e controle da assistência em Saúde Mental, com o objetivo de acompanhar e avaliar, junto aos estabelecimentos prestadores de serviços do SUS, a correta aplicação, das normas em vigor;

Portaria 147 (agosto/1994) Dispõe sobre a exigência da exposição objetiva do projeto terapêutico da instituição psiquiátrica, de uma forma suscetível de confronto com a realidade institucional no momento da supervisão técnica. Assegura medicamentos básicos de Saúde Mental para usuários de serviços ambulatoriais públicos de Saúde que disponham de atenção em Saúde Mental;

Portaria 106 (fevereiro/2000) Cria e regulamenta o funcionamento dos "Serviços Residenciais Terapêuticos";

Portaria 799 (julho/2000) Institui no âmbito do SUS, Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental. O programa prevê a implantação de grupos técnicos nos âmbitos federal, estadual e municipal, com a participação de representantes das equipes de Saúde Mental, vigilância sanitária e Unidade de avaliação e controle;

Portaria 251 (janeiro/2002) Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar psiquiátrica, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS. Tem por objetivo reestruturar todo o sistema hospitalar psiquiátrico, buscando nova configuração formada por hospitais de pequeno porte (até 80 leitos) e médio (160 leitos), com substituição progressiva dos macro-hospitais;



Portaria 336 (fevereiro/2002) Acrescenta novos parâmetros aos da portaria 224/92 para a área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária; estabelece diferenciação a partir de critérios populacionais e direciona novos serviços específicos para área de álcool e outras drogas e infância e adolescência. Cria mecanismos de financiamento próprio para além dos tetos financeiros municipais, para a rede de CAPS;

Portaria 816 (abril/2002) Institui no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas. (DEVERA e COSTA-ROSA, 2007)

São portarias que ao longo dos anos noventa e início dos anos dois mil foram viabilizando direitos para a população e desinstitucionalizando a Saúde Mental, desenhando o que temos hoje, que ainda não é suficiente, mas que trouxe mais respeito e qualidade na atenção ao usuário.

Com a reforma psiquiátrica, o CAPS passou a substituir a política manicomial que acontecia no Brasil. A portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002 define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial, os serviços passam a ser categorizados por demanda e nomeados CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad.

Segundo o principal documento publicado pelo ministério da saúde “Saúde Mental no SUS: Os Centro de Atenção Psicossocial”, o CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Lugar de referência de tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (Ministério da Saúde, 2004).

Segundo o documento analisado, o CAPS tem como objetivo oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social - termo a se discutir, já que os usuários não estão em lugar algum que

não seja na sociedade, eles já estão inseridos, a política deve ser voltada para desestigmatizar a loucura perante a sociedade e viabilizar acesso aos direitos dos usuários. Acredita-se que a reinserção social se dá pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. O CAPS é territorializado, ou seja, atende a população em sua área de abrangência.

Os CAPS pretendem prestar atendimento em regime de atenção diária; gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; promover a inserção social dos usuários através de ações que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer; dar suporte e supervisionar a atenção à Saúde Mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); regular a porta de entrada da rede de assistência em Saúde Mental de sua área; coordenar junto ao gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território e manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a Saúde Mental.

Como vimos, os CAPS são divididos entre CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i e CAPSad, a diferença está na forma como funciona e a capacidade que cada um tem. CAPS I - municípios com a população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funciona de 8h às 18h, de segunda-feira a sexta-feira. CAPS II - municípios com a população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funciona no mesmo horário do CAPS I, mas pode ter um terceiro período, funcionando até às 21 horas de segunda-feira à sexta-feira. CAPS III – municípios com a população acima de 200.000 habitantes, funciona 24 horas por dia, todos os

dias da semana. CAPS i – população acima de 200.000 habitantes, funciona como o CAPS II e o CAPSad – população acima de 100.000 e funciona como o CAPS II também.

Os CAPS I, II e III atendem pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, o CAPSi atende crianças e adolescentes com transtornos mentais e o CAPS ad atende a população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas.

O acolhimento noturno, realizado pelos CAPS III, deve ser entendido como um recurso terapêutico, visando proporcionar atenção integral aos usuários. É permitido o acolhimento por sete dias corridos ou dez dias intercalados durante o prazo de 30 dias.

Todo CAPS tem que oferecer refeições aos usuários de acordo com o tempo de permanência. Os usuários que permanecem um turno de quatro horas nos CAPS têm direito a uma refeição, os que permanecem dois turnos que equivale a oito horas tem direito a duas refeições, os usuários que estão em acolhimento noturno têm direito a quatro refeições.

O CAPS trabalha com oficinas terapêuticas que são oficinas que abrem espaço para expressão plástica (pintura, argila, desenho), expressão corporal (dança, ginástica, teatro), expressão verbal (poesias, contos, leitura), expressão musical, fotografia, entre outros; oficinas geradoras de renda que podem possibilitar a geração de renda para o usuário através de cursos de culinária, marcenaria, costura, artesanato, entre outros; e oficinas de alfabetização.

Outras atividades comuns nos CAPS são os tratamentos medicamentosos, atendimento a grupo de familiares, atendimento individual de

familiares, atendimento psicoterapêutico, atividades comunitárias, visitas domiciliares e desintoxicação ambulatorial.

Sobre a reforma psiquiátrica termino com uma citação que resume bem o que acontece com a reforma psiquiátrica:

O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativoiro. (AMARANTE,1995)

### **3.2- Política de Redução de Danos e Centro de Atenção Psicossocial**

#### **Álcool e Drogas**

A Redução de Danos (RD), segundo Passos & Souza (2011), foi adotada como estratégia de saúde pública no Brasil no município de Santos no ano de 1989, quando altos índices de HIV estavam relacionados ao uso indevido de drogas injetáveis. A proposta inicialmente surge com a troca de seringas e distribuição de hipoclorito de sódio para limpar as seringas, a fim de que o usuário possa reduzir os danos e evitar a contaminação do HIV pelo uso de uma seringa já usada.

De acordo com Sampaio & Freitas (1989), as ações de Redução de Danos em Santos sofreram extrema resistência política, gerando processos jurídicos com base na interpretação da lei 6.368 que regularizava na época as questões relacionadas ao consumo, produção e venda de droga. Com o sucesso inegável com o controle da epidemia de HIV, a estratégia da RD sai

dos anos 1990 fortalecida, mas entidades profissionais formadas por especialistas da área sem percurso pela saúde pública, segmentos organizados das comunidades terapêuticas religiosas, modelos adeptos à abstinência foram contrários à intenção da saúde pública assumir a liderança da área (LIMA & TAVARES, 2012).

De alguma forma, aqueles atores já mantinham relações com o poder público em várias esferas de governo. Tinham inclusive interesse de que suas práticas fossem financiadas e assumidas pelo fundo público. Porém, a posição do Ministério da Saúde frustrou as intenções desses segmentos, na medida em que a redução de danos apresentava outros princípios e objetivos. (LIMA & TAVARES, 2012)

Segundo Passos & Souza (2011), após os conflitos que aconteceram entre a luta pela redução de danos e o Estado, no ano de 1994, surgiram boletins do Ministério da Saúde que indicavam que 25% dos casos de AIDS no Brasil estavam associados ao uso indevido de drogas injetáveis. De acordo com Sampaio & Freitas (1989), a partir daí acontece um novo momento para as ações da RD, em parceria com o Ministério da Saúde. As estratégias de respostas à epidemia de HIV no Brasil foram apoiadas em projetos específicos, direcionados a segmentos populacionais mais vulneráveis. Ao longo dos anos, a estratégia da RD foi se tornando uma estratégia de produção de saúde alternativa às estratégias pautadas na lógica da abstinência, incluindo a diversidade de demandas e ampliando as ofertas em saúde para usuários de drogas (PASSOS & SOUZA, 2011).

De uma prática médico sanitária de prevenção ao HIV/AIDS, reduzida muitas vezes a uma única ação, a da troca de seringas, ao longo de sua execução a redução de danos evolui para a concepção atual de uma política de saúde cujos princípios e práticas, sem condicionar à abstinência, tem como objetivos reduzir os danos e os riscos relacionados ao uso de drogas, pautados no protagonismo da população alvo, no respeito ao indivíduo e no direito deste às suas drogas de consumo. (ANDRADE, 2011)

Segundo Passos & Souza (2011), a Redução de Danos não impõe ao usuário parar de usar drogas, mas o método propõe certas regras de conduta que devem ser pactuadas coletivamente, a própria abstinência pode ser uma meta a ser alcançada, mas é uma meta pactuada e não imposta por uma instituição.

A redução de danos recupera o sentido contraditório e complexo do *pharmakon*, cuja relação humana é marcada pela experiência permanente de prazer e desprazer. Como alguns usuários terão danos nessa relação, a estratégia de redução de danos deve orientar projetos de cuidado e de reabilitação singulares para diminuição dos prejuízos clínicos e sociais. É um conjunto de estratégias que começam pela saúde pública nos territórios onde vivemos e requisita atores da sociedade e de outras políticas sociais públicas para prevenir riscos possíveis e diminuir danos referentes ao uso nocivo das drogas. (LIMA & TAVARES, 2012)

Lima & Tavares (2012) ainda ressaltam que na lógica da RD os usuários passam a serem vistos como cidadãos, com previsão à proteção social de uma sociedade, capazes de ter racionalidade e alterar seu comportamento; entendem que a RD tem como objetivo apoiar aos usuários a evitar hábitos que ampliam seus riscos e danos; e, por fim, dá ênfase a que as informações sejam acessíveis a todos os usuários de drogas, trocando metas de longo prazo por outras de curto prazo que são mais acessíveis.

Para Cruz (SD) a redução de danos não significa desprezar a importância da abstinência para muitos pacientes, mas inclui-la como uma possibilidade entre outras. Segundo o autor é uma estratégia de abordagem que torna possível que muitos pacientes se vinculem aos profissionais e à instituição, iniciando tratamento que pode progressivamente trazer modificações importantes na forma do paciente de lidar consigo mesmo e com o mundo a sua volta. Ainda segundo o autor muitas instituições e profissionais que rejeitam as estratégias de Redução de Danos lidam com os indivíduos

como se fossem iguais entre si e como se estivessem todos entre os casos mais graves. Por isso, propõem formas de prevenção ou de tratamento que não levam em consideração a diversidade, por exemplo, exigindo a abstinência imediata para todos os usuários de drogas.

Segundo Sampaio & Freitas (1989), a redução de danos tentou lidar com a falta de uma política voltada para os usuários de drogas sensibilizando os profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), entre outros, para acolhimento das questões relacionadas ao uso de drogas. Foi possível perceber, ainda segundo os autores, o que já era dito pelos usuários de drogas, que tinham dificuldades em frequentar os serviços de saúde por interpretarem que seus profissionais eram preconceituosos, exigiam a abstinência como condição essencial para o tratamento da AIDS e demais patologias. Ao ouvir os profissionais da saúde, os autores, puderam confirmar que há uma dificuldade entre os dois elos, os profissionais da saúde alegam que há um distanciamento dos usuários de drogas dos serviços e que se sentem despreparados para lidar com as realidades que envolvem o uso de drogas.

Segundo Elias (2011), a atenção psicossocial em álcool e drogas se define, em 2003, na interseção de dois campos do saber: a saúde pública e a Saúde Mental, ambos aproximados pelo marco conceitual da redução de danos. As pessoas que fazem uso abusivo de drogas são integradas à atenção pública de base comunitária, CAPSad, que usa mecanismos para articulá-lo à atenção primária (cuidados básicos de saúde) e à rede de hospitais gerais (em

situações de urgência e emergência). A partir de 2011, a ratificação da orientação de redução de danos para a Política Nacional de Atenção Básica vem produzindo incrementos das equipes de Saúde da Família e Consultórios na Rua, nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), utilizando as instituições como estratégia prioritária de trabalho territorial com os usuários de drogas, a partir do princípio da atenção integral em saúde (LIMA & TAVARES, 2012).

Somente em 2002, em concordância com as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, o Ministério da Saúde passa a implementar o *Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas*. O governo do Brasil reconhece as drogas como questão do campo da Saúde Mental e tem como estratégia a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem de redução de danos. No mesmo ano foi instituído no âmbito do SUS o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas. O programa organiza ações de promoção, prevenção, proteção à saúde e educação das pessoas que fazem o uso de álcool e outras drogas e estabelece uma rede estratégica de serviços extra hospitalares para essa demanda, articulada à rede de atenção psicossocial e fundada na abordagem de redução de danos.

Em 2002 surge o CAPS ad que segundo o documento analisado:

Devem oferecer atendimento diário a pacientes que fazem um uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Possibilita ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento. Assim, a rede proposta se baseia nesses serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária (ex.: internação domiciliar, inserção comunitária de serviços), de acordo com as



necessidades da população-alvo dos trabalhos. Os CAPSad desenvolvem uma gama de atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Também devem oferecer condições para o repouso, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem desse tipo de cuidados e que não demandem por atenção clínica hospitalar.

De acordo com esse documento, a prevenção pode ser definida como um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a redução dos fatores de risco específicos e fortalecimento dos fatores de proteção. O objetivo é impedir o uso de substâncias psicoativas pela primeira vez, impedir uma “escala” do uso e minimizar as consequências do mesmo.

Desde que começamos a tratar do CAPS, não mencionamos nada sobre redução de danos, pois não é encontrado no documento, quando o documento se volta a falar sobre o CAPSad, diz que o objetivo é “impedir o uso da substância psicoativa pela primeira vez”. É importante refletir sobre a ideia de que vivemos em um país em que as leis sobre as drogas são punitivas, apesar de haver a despenalização, há a criminalização dos usuários e das drogas. Isso faz com que as políticas públicas que visam a liberdade de escolha do ser humano, sejam sempre restritas e fragmentadas devido às leis vigentes, logo, impedir o uso é o objetivo de uma política pautada na redução de danos no Brasil. No parágrafo posterior ao que diz o objetivo da prevenção, encontra-se, finalmente, a palavra redução de danos, no qual o documento garante que a lógica que sustenta o planejamento é a de redução de danos, em uma perspectiva de minimizar as consequências globais do uso de álcool e drogas. Estratégia dentro de uma perspectiva da saúde pública que encontre respaldo

em propostas mais flexíveis, que não tenham a abstinência total como única meta viável e possível aos usuários dos serviços CAPSad.

As estratégias de prevenção devem contemplar a utilização combinada dos seguintes elementos: fornecimento de informações sobre os danos do álcool e outras drogas, alternativas para lazer e atividades livres de drogas; devem também facilitar a identificação de problemas pessoais e o acesso ao suporte para tais problemas. Devem buscar principalmente o fortalecimento de vínculos afetivos, o estreitamento de laços sociais e a melhora da autoestima das pessoas. Os CAPSad devem construir articulações consistentes com os Hospitais Gerais de seu território, para servirem de suporte ao tratamento, quando necessário.

Segundo Nasi e Schneider (2011) é importante que o CAPS ofereça meios para que os sujeitos possam interagir socialmente, mas também a possibilidade de o indivíduo reconstruir suas relações e vínculos em seu meio social e, dessa maneira, construir sua autonomia.

Em uma pesquisa feita pelos autores sobre o CAPS no cotidiano de seus usuários podemos observar a importância que é dada aos funcionários da instituição pelos usuários:

Os usuários remetem-se à importância dos profissionais do serviço, considerando-os como pessoas fundamentais para o seu tratamento e demonstrando relacionamentos de confiança e o estabelecimento de vínculo com esses. Criar vínculos significa nos sensibilizarmos com o sofrimento do outro, daquela população. É permitir o estabelecimento de um processo de transferência entre o usuário e o trabalhador que possa servir à construção da autonomia do próprio usuário. É sentir-se responsável pelo usuário, integrando-se com a comunidade em seu território, no serviço e se tornar referência para ele.

Além disso, a valorização das atividades em grupo, que propõem e facilitam a interação social, é fundamental para atender os propósitos da atenção psicossocial, devendo-se atentar para que essas sejam espaço tanto de construção material, como a realização de alguns produtos; quanto subjetiva, propiciando o diálogo e o convívio social.

Destaca-se também a ligação que o CAPS possui com outros setores da comunidade, como por exemplo, a relação que estabelecem com abrigos do município. Essa relação do CAPS com outros serviços é fundamental no atendimento aos sujeitos em sofrimento psíquico, fazendo-se necessária uma ampliação dessas trocas aos diversos serviços da comunidade, para assim constituir uma troca intersetorial. (NASI C, SCHNEIDER JF, 2011)

Além dos CAPSad, os Consultórios de Rua trabalham com a perspectiva da redução de danos, o primeiro consultório surgiu no fim da década de 90, em Salvador (BA), para atender à população em situação de risco e vulnerabilidade social, principalmente crianças usuárias de álcool e outras drogas. Essa experiência foi referência para a criação dos “Consultórios na Rua” que está previsto no Plano Crack é possível vencer, que trabalha com usuários de crack e outras drogas em situação de vulnerabilidade social.

Após um mapeamento para descobrir onde estão concentrados os usuários de drogas, os profissionais, compostos por médicos, psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e pedagogos, fazem a chamada aproximação, essa intervenção pode levar de semanas a meses. Após ganhar confiança da população que está em cena de uso de drogas, é feito um trabalho de distribuição de kits com preservativos, curativos, medicamentos, cartilhas e material de conscientização sobre o uso de drogas.

### **3.3- Política de drogas no Rio de Janeiro**

Para iniciar esse debate é importante que se fale sobre a política nacional sobre drogas de 2008. Podemos observar em seu texto que pressupostos diversos vão da proibição à redução de danos. O primeiro pressuposto diz que se deve buscar, incessantemente, atingir o ideal de uma sociedade protegida do uso de drogas. Podemos observar nesse discurso, todo o argumento proibicionista em que o país se insere. Encontramos também entre os pressupostos “não confundir a estratégia de redução de danos como incentivo ao uso indevido de drogas” e, entre outros, um último que é

importante destacar é o “desenvolvimento de estratégias de planejamento e avaliação nas políticas de educação, assistência social, saúde e segurança pública, em todos os campos relacionados às drogas”.

Investigando mais a política é evidente que a intenção é a criminalização das drogas, todas as suas ações são voltadas para fazer, agir e pensar contra as drogas ilícitas. “Busca incessante por uma sociedade livre das drogas”. É importante destacar que a política implanta uma “demonização” das drogas, desconsiderando toda a sua importância cultural e medicinal.

A política de redução de danos é citada de uma forma superficial, com diretrizes também superficiais que aparenta estar garantindo esse direito por ser um objeto de disputa política e de luta da sociedade, mas que não diz como fazer, não oferece propostas concretas. São diretrizes como “Reconhecer a estratégia de redução de danos, amparada pelo artigo 196 da constituição federal”, “Garantir o apoio à implementação, divulgação e acompanhamento das iniciativas e estratégias de redução de danos” e “Diminuir o impacto dos problemas socioeconômicos, culturais e dos agravos à saúde associados ao uso de álcool e outras drogas”. Só para comparar com apenas uma diretriz sobre a Redução de Oferta:

Planejar e adotar medidas para tornar a repressão eficaz, cuidando para que as ações de fiscalização e investigação sejam harmonizadas, mediante a concentração dessas atividades dentro de jurisdição penal em que o Judiciário e a Polícia repressiva disponham de recursos técnicos, financeiros e humanos adequados para promover e sustentar a ação contínua de desmonte das organizações criminosas e de apreensão e destruição do estoque de suas mercadorias. (Legislação e Política Sobre Drogas no Brasil, 2008)

Parece-me haver uma diferença enorme quando se trata de interesses distintos na lei, resultado de uma disputa de forças e ideologias sobre o tema

que não fica somente no campo legislativo, mas tem seu fim no campo executivo, através dos estados e municípios que colocam essas leis em prática. Vou me ater somente ao município do Rio de Janeiro e abordar um pouco sobre como essa política se dá na prática, hoje.

O Rio de Janeiro vem sofrendo grandes mudanças trazidas pelos grandes (MEGA) eventos que foram realizados e os que ainda se realizarão como é o caso da Copa do Mundo de 2014 e as Olimpíadas de 2016, essas mudanças incluem obras de instalações esportivas, infraestrutura e reestruturação urbana. O que deveria ser um estado de direitos se transforma em um estado de negócios onde os interesses financeiros passam a valer mais do que os direitos dos cidadãos, como foi o caso da onda de internação compulsória que acontece antes dos grandes eventos, com o objetivo de “limpar” a cidade.

É importante entender que o crack passou a ser a droga do momento no Rio de Janeiro, todas as políticas sobre drogas, nos anos de 2010, são voltadas para a prevenção contra o crack e outras drogas. O crack ganha um papel de destaque, o governo demoniza a droga para legitimar sua ação sob os usuários e as comunidades.

Em 2011 se forma um comitê gestor do Programa Crack é Possível Vencer, programa esse que o Município do Rio de Janeiro aderiu. Além da segurança pública, esse programa visa utilizar outras políticas no combate às drogas, como assistência social com o recolhimento compulsório e a saúde com a estratégia de saúde da família, implantando um consultório na rua, localizado no Jacarezinho.

Lima (2013) esclarece o que aconteceu a partir do momento em que o Rio de Janeiro optou por entrar no Programa Crack é possível vencer:

Áreas estratégicas de adensamento populacional em Santo Amaro, no Catete; Jacarezinho e Manguinhos foram escolhidas para uma intervenção difusa de políticas sociais nas cenas de uso do crack: primeiro, com a segurança pública do Estado coordenando as ações e, no caso do Catete, incluindo agentes da Força Nacional; a assistência social, no recolhimento compulsório da população em situação de rua e depois na oferta de programas e projetos à população residente; e a saúde, fomentando a Estratégia de saúde da Família e implantando um Consultório na Rua na área do Jacarezinho.

Em um estado onde os interesses econômicos são prioridades, políticas humanitárias são segundo plano, e foi exatamente o que aconteceu quando a prefeitura do Rio de Janeiro começou a recolher moradores em situação de rua alegando que eram todos usuários de crack e que necessariamente seria a única forma de tratar do assunto, ainda que fosse contra a sua vontade. Recolhendo, não só a população adulta, mas também as crianças e os adolescentes ferindo os direitos fundamentais quando ao serem recolhidos passam pela Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCA) para averiguação de antecedentes criminais: “Verificação da existência de mandado de busca e apreensão e após acompanha-los à central de recepção para o acolhimento emergencial” (LIMA, 2014).

Diversas pessoas de esferas diferentes da sociedade se posicionaram contra essa ação arbitrária do município do Rio de Janeiro. O desembargador Siro Darlan se pronunciou sobre o caso:

Deve-se, portanto, evitar a vulgarização da apreensão do adolescente, estabelecendo a como uma rotina de abordagem social, sob o falso aspecto de que se está cumprindo a norma legal. O Poder Público, como garantidor dos direitos dos adolescentes apreendidos, deve repelir qualquer atitude que vise a expor a imagem e identidade

destes, ao contrário, deve pautar seus esforços e ações no sentido de priorizar a proteção integral a que fazem jus.

Destarte, o ECA constitui paradigma de enfrentamento proporcional e garantista das questões que envolvem a infância e juventude, e como tal, deve ser o instrumento legal utilizado por aqueles quem são incumbidos pela ordem constitucional de assegurar com absoluta prioridade os direitos das crianças e dos adolescentes.

Dessa forma, conclui-se que as ações de recolhimento de adolescentes realizadas ao arrepio do ECA com a aplicação subsidiária do parágrafo único do art. 313 do CPP, e a implementação do famigerado “Protocolo do Serviço Especializado em Abordagem Social”, em detrimento dos interesses superiores dos adolescentes é incabível, inconcebível e flagrantemente ilegal, uma vez que afrontam a doutrina da proteção integral e contrariam os princípios de interpretação insculpidos no art. 6º da Lei 8069/90 e no art. 227 da Constituição Federal (DARLAN, 2011).

Os “usuários de crack” recolhidos eram levados a abrigos e/ou clínicas de reabilitação. O abrigo mais conhecido, diversas vezes citado pela mídia, é o abrigo de paciência, ou Abrigão de Paciência, ou Disneylândia do Crack. Esse abrigo, localizado no bairro de Paciência, pode abrigar 422 usuários, mas há diversas denúncias que haveria muito mais pessoas no local e que a oferta de drogas é muito fácil, visto que há um ponto de venda ao lado. Em uma inspeção do Ministério Público ao local, foram ouvidas diversas denúncias, como: percevejos nas camas, banheiros sem tampa e sem porta, falta de medicamento, água quente para o consumo e consumo de drogas dentro do abrigo. O vídeo foi divulgado no site do jornal O Globo.

Em um fórum de direitos humanos na EMERJ, o promotor Rogério Pacheco explica como aconteceram as internações compulsórias. Segundo o promotor, as operações eram feitas na madrugada, pela guarda municipal com a presença da COMLURB, que recolhiam os pertences dos moradores em situação de rua, as operações de um modo geral, não contavam com a presença de assistentes sociais. Segundo o relato do promotor, alguns

moradores em situação de rua, que foram até o ministério público, falaram sobre terem sido recolhidos por uma van da prefeitura, terem sido espancados dentro e fora do veículo e, em um determinado ponto da Av. Brasil, os educadores sociais da prefeitura decidiram que eles seriam atirados do viaduto. Eles teriam caído em uma laje e conseguiram ajuda em um condomínio, pois um morador chamou a SAMU e eles foram levados para o hospital municipal em campo grande.

O promotor Rogério Pacheco Alves move duas ações contra o prefeito Eduardo Paes e o Ex-secretário de desenvolvimento social Rodrigo Bethlem, por improbidade administrativa e descumprimento de princípios constitucionais devido aos recolhimentos compulsórios e pede que as pessoas recolhidas das ruas sejam indenizadas em R\$ 50 mil cada.

Segundo uma cartilha publicada no site do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à fome se reconhecem que há o limite de 50 usuários por abrigo e quatro pessoas por quarto. A mesma cartilha reconhece também que os abrigos, hoje, não acolhem e que tem abrigos que tem mais de 500 pessoas.

A Frente Nacional Drogas e Direitos Humanos (FNDDH) divulgou uma carta em repúdio às internações compulsórias que o município do Rio de Janeiro praticou:

Nossa posição é clara e norteia-se pela defesa do direito a uma política inclusiva, humanizada, não discriminatória e que garanta o respeito ao direito à saúde, à liberdade, à integridade e à dignidade das pessoas em situação de rua, em uso de drogas ou não, em oposição às medidas de defesa da ordem pública travestidas por um discurso de proteção ao direito à saúde e à vida dos usuários de drogas. Nesse sentido, somos contrários às operações de recolhimento e à utilização abusiva e indiscriminada das internações



compulsórias que, ademais de violar os direitos das pessoas atingidas por essas medidas, tratando-as de forma massificada e expondo-as a toda forma de abuso, negligência, maus tratos e violência, consomem os recursos públicos que deveriam estar sendo utilizados para financiar os serviços abertos e inclusivos e viabilizar a construção de projetos terapêuticos individualizados que promovam a autonomia, a cidadania e a inclusão social. (FNDDH, 2012)

Além da situação precária dos abrigos públicos, alguns usuários são levados para os abrigos “especializados”, como as comunidades terapêuticas. De acordo com Relatório da Anual do Mecanismo de Prevenção e Combate à Tortura de 2013, em visitas às essas instituições, foram verificadas algumas violações de direitos, como: acesso difícil ao local caracterizando isolamento geográfico; restrição de comunicação com familiares; não há informação consolidada sobre o tipo de tratamento; confusão entre internação e abrigamento; medicalização diária e generalizada com uso de contenção química e física. São aspectos que remetem uma abordagem baseada no controle social punitivo em detrimento de um problema de saúde pública.

As comunidades terapêuticas são instituições privadas ou filantrópicas que surgem como opção da sociedade civil para o tratamento de usuário de drogas, geralmente são de cunho religioso e preveem a abstinência, o isolamento e o trabalho forçado. São instituições total com uma abordagem religiosa visando a “cura”. Há uma série de acusações contra essas instituições, de maus tratos, estrutura física precária, violação de correspondência, intolerância religiosa, tortura, humilhação e punição a descumprimento de alguma regra. Além de denúncias de violação de direitos, que sofrem interesses no âmbito parlamentar, logo é preocupante que aconteça o retrocesso e se faça uma nova “indústria da loucura”. A alta

lucratividade envolvida com as internações e manutenção dos internos nas instituições são elementos que tem levado a as comunidades terapêuticas a serem apontadas como retrocesso no campo da luta antimanicomial e nas políticas de saúde pública mental (RMAPCT, 2013).

É importante salientar que apesar do município do Rio de Janeiro praticar políticas tão desumanas e desrespeitosas, por vezes cruel, como podemos observar nos exemplos acima, há correntes da sociedade civil que lutam contra essas políticas. O município como um espaço de disputa é bastante rico, apesar de prevalecer as políticas autoritárias e degradantes. Temos instituições e coletivos sociais que são totalmente contra esse tipo de tratamento aos usuários de drogas e moradores em situação de rua e que estão na luta nos fóruns que acontecem na cidade, nas reuniões públicas e em outras instâncias para que esse cenário vire a favor dessas pessoas.

## CAPÍTULO 4

### *Narcóticos Anônimos*

#### 4.1- Introdução ao Narcóticos Anônimos

Como podemos observar a luta política para melhores meios de tratamento de pessoas que tem problemas com drogas é intensa. Envolve diversos interesses, perpassa por políticas distintas. Em suma, é um campo de batalha ativo, onde recuar não é opção.

Enquanto o Estado vive, por décadas, essa guerra dentro da sua própria estrutura, traz para a sociedade civil uma política sucateada e precária. A sociedade civil, por sua vez, vem a oferecer métodos de tratamentos que também são distintos, como vimos acima o caso das clínicas filantrópicas e o método que vamos analisar a seguir.

O Narcóticos Anônimos surge como uma alternativa da sociedade civil pautada na abstinência, auto gestão e auto financiamento, como veremos.

NA é uma irmandade ou sociedade sem fins lucrativos, de homens e mulheres para quem as drogas se tornaram um problema maior. Somos adictos em recuperação, que nos reunimos regularmente para ajudarmos uns aos outros e nos mantemos limpos. Este é um programa de total abstinência de todas as drogas. Há somente um requisito para ser membro, o desejo de parar de usar. Sugerimos que você mantenha a mente aberta e dê a si mesmo uma oportunidade. Nosso programa é um conjunto de princípios escritos de uma maneira tão simples que podemos segui-los nas nossas vidas diárias. O mais importante é que eles funcionam.

Não tem subterfúgios. Não somos filiados a nenhuma outra organização, não temos matrículas nem tacas, não há compromissos escritos, nem promessas a fazer a ninguém. Não estamos ligados a nenhum grupo político, religioso ou policial e, em nenhum momento, estamos sob vigilância. Qualquer pessoa pode juntar-se a nós, independente da idade, raça, identidade sexual, crença, religião ou falta de religião” (Texto básico, página 10)

Para que possamos de fato entender o que é o Narcóticos Anônimos, é importante exercitar o olhar de distanciamento para o objeto e respeitar sobretudo as opções e escolhas de cada indivíduo. É importante também saber separar cada conceito que aparecerá a seguir para que possamos entender a importância de uma instituição como essa na luta para o acompanhamento dos dependentes químicos.

O NA nasce de uma outra irmandade chamada Alcoólicos Anônimos. Os criadores dessa irmandade se chamavam Dr. Bob e Bill, ambos tinham contato com o Grupo Oxford, que foi fundado por Frank Buchman que após passar por experiências religiosas nos EUA, foi para a Europa, onde participou de uma convenção religiosa na cidade de Keswick, na Inglaterra, quando escutou uma conversa sobre a Cruz de Cristo e percebeu que sua vida era demasiadamente diferente da vida de Jesus. Resolveu então adotar padrões de pureza, amor, honestidade e altruísmo. Decidido a desenvolver atividades apostólicas, Buchman fundou um grupo evangélico entre os líderes de estudantes e atletas, o Grupo Oxford era como uma sociedade, composta em sua maioria por pessoas que não eram alcoólatras, que defendiam a aplicação de valores espirituais na vida cotidiana. Bill conseguiu parar de usar o álcool através dos ensinamentos desse grupo, porém não foi suficiente para o Dr. Bob. Quando os dois se conheceram, influenciado pelas ideias de Bill, que dizia que o alcoolismo era uma doença da mente, das emoções e do corpo, Bob alcançou a sobriedade e não voltou mais a beber (CARDOSO, 2006).

Os dois se juntaram e começaram a trabalhar com alcoólicos que estavam internados em um hospital, logo, mais uma pessoa conseguiu parar

de beber e apesar de não existir ainda o Alcoólicos Anônimos, esses três homens constituíam o primeiro grupo de AA, em 1935. Logo depois outros grupos foram surgindo, em 1935 abriu-se o grupo em Nova York, em 1939 abriu-se um em Cleveland e nesse período de 4 anos conseguiram com que 100 pessoas parassem de usar álcool. Em 1939, a irmandade publicou seu livro de texto básico, o Alcoólicos Anônimos. Esse livro foi escrito por Bill e expunha a filosofia e o método do A.A e desde então o A.A cresce em passos largos nos Estados Unidos e no Canadá (CARDOSO, 2006).

Segundo Cardoso (2006), a primeira reunião de NA foi em 1947, como parte de um programa de saúde pública na cidade de Lexington, Kentucky, mas essa experiência fracassou. Ocorreram diversas tentativas de construir um grupo para os dependentes químicos, mas não deram certo, até que Jimmy Kunnon teve a iniciativa de articular com outras pessoas para a criação do NA. Somente em 1960, depois de muitas tentativas e conflitos, Jimmy se junta a pessoas que compartilhavam da mesma visão que ele sobre como a “irmandade” deveria ser gerida e recomeçam as reuniões em Vale de San Fernando, EUA.

No Brasil, embora houvesse algumas instituições que usassem a literatura do NA, segundo Loek (2009), a irmandade só chegou a terras tupiniquins no ano de 1985, mas somente no ano de 1990 os grupos brasileiros se unem à irmandade mundial de NA.

A estrutura organizacional do NA é composta por instâncias locais, regionais, nacionais e pelo escritório mundial de serviços.

#### **4.2- Os Grupos:**

O Grupo de NA é a estrutura básica de organização dos Narcóticos Anônimos, segundo Cardoso (2006). É formado por dois ou mais adictos que se reúnem com o objetivo de recuperar-se da drogadição. O grupo proporciona a cada membro que partilhe suas experiências e que escute as experiências dos outros. Há grupos abertos ao público e grupos fechados, esses com o objetivo de que se proporcione um ambiente no qual os participantes possam se sentir mais seguros para partilhar.

Há alguns formatos de reunião que duram cerca de uma hora à uma hora e meia. Alguns grupos seguem uma escala, sendo uma semana reunião de partilha e na outra reunião de estudos de passos. Há reuniões de partilha, quando se partilha a experiência, reunião temática, quando se fala de um assunto pré-estabelecido, de estudo, quando a literatura, para recém-chegados, e de perguntas e respostas, com questões relacionadas à recuperação e à organização do NA como um todo.

Há a reunião de serviços, essa reunião é com o intuito de coordenar assuntos que estejam relacionados aos serviços realizados no interior do grupo e à divulgação da “mensagem da recuperação”. A prestação de contas do grupo, a eficácia do grupo em divulgar o programa, a consistência das reuniões, são algumas questões que podem aparecer nesse tipo de reunião.

As tarefas realizadas no grupo são divididas pelos membros. São os chamados “servidores”. Esses ocupam o cargo de secretário, que organiza os assuntos; Tesoureiro, que responde pelo dinheiro do grupo; e de representante

de serviço do grupo (RSG), que faz a ponte entre o grupo e os níveis mais elevados da estrutura organizacional.

Tudo o que o grupo faz é financiado pelo dinheiro próprio, doado pelos membros, o grupo não aceita dinheiro de pessoas jurídicas e pessoas físicas que não façam parte da irmandade. Esse dinheiro é utilizado para, além de manter o grupo, levar a informação ao público; divulgar em hospitais, presídios e outras instituições; tradução e distribuição da “literatura de recuperação”, etc. Os grupos têm autonomia para decidir aonde vão investir e quais são as suas prioridades. Após cobertas as despesas do grupo, esse dinheiro é repassado para o serviço de área local, para o Comitê de Serviço Regional ou para o *Narcotics Anonymous World Services*.

#### **4.3- Os Comitês de Serviço de Área:**

Um conjunto de grupos de NA próximos formam uma Área de NA, em cada Área existe o CSA (Comitê de Serviço de Área) cuja composição é semelhante ao Comitê de Serviços da Região (CSR).

O Brasil constitui uma única região de NA, em países como nos EUA, algumas cidades têm mais de uma região. Segundo Cardoso (2006):

O Comitê de Serviço Regional (CSR) “é um corpo de serviço composto por uma estrutura padrão de servidores” – a “mesa regional” -, pelos subcomitês regionais (Hospital & Instituições, Informação ao Público, tradução de literatura, longo alcance e linha de ajuda), pelos RSAs, pelos RSGs dos grupos sem área e pelas ACS (Associação para Comitês de Serviços).

Com mandato, via de regra, de um ano, a função primordial do CSR é servir de ponte entre NA como um de todo e os serviços de NA disponíveis no Brasil. Em outros termos, o CSR reúne e desenvolve os serviços de NA utilizados pelas Áreas e pelos grupos independentes.

O CSR fica responsável por organizar a “Assembleia Anual Regional de serviço”, essa assembleia elege novos membros do CSR, escolhe um RSR (Representante de Serviço da Região) e um RSR suplente para a *World Service Conferencie*.

A função do Subcomitê Regional de Hospital & Instituições é divulgar o NA em locais onde os dependentes químicos não possam frequentar reuniões convencionais da entidade, como nos hospitais, presídios, comunidades terapêuticas. O Subcomitê Regional de Informação ao Público (IP) fica responsável a informar a sociedade sobre o NA – funcionamento, localização dos grupos, etc. Além disso, o Subcomitê é responsável pelas relações públicas do NA. O Subcomitê Regional de Tradução de Literatura tem a função de traduzir e revisar os textos para sua distribuição em português. O Subcomitê Regional de Longo Alcance tem a função de propiciar os serviços do NA aos grupos geograficamente afastados ou isolados. O Subcomitê Regional de Linha de Ajuda se responsabiliza pelo serviço telefônico de informações do NA. Qualquer pessoa pode entrar em contato com a linha de ajuda do NA para obter informações acerca da “irmandade”.

A Associação para Comitês de Serviços (ACS) garante à Região Brasil de NA uma presença física. O escritório importa “literatura de recuperação”, garante espaço para reuniões dos subcomitês e para a linha de ajuda, arquivando documentos, etc. Seu quadro diretor é composto por membros do NA, mas há abertura para que se contrate profissionais especializados para as funções.



#### **4.4- Narcóticos Anonymous World Services:**

*Narcotics Anonymous World Services* tem uma estrutura semelhante ao das regiões: uma mesa diretora; diversos subcomitês e Representantes de Serviços das Regiões (RSRs); e o *World Service Office*. A cada dois anos a WSO é convocada para escolher os membros do *Narcotics Anonymous World Services* e para tratar de assuntos diversos referentes ao Narcóticos Anônimos como um todo.

#### **4.5- Narcóticos Anônimos**

Após entender como funciona organizacionalmente o NA, pretendo colaborar com a investigação sobre o seu funcionamento como autogestão, financiamento e ajuda mútua, sobre os passos, as tradições, as questões “polêmicas”, como a parceria com a Justiça Terapêutica, religião, internação, histórias dos entrevistados e políticas públicas. Para coletar histórias fiz entrevistas abertas a membros do NA. Nessas entrevistas havia um ponto de partida, uma questão que as pessoas entrevistadas poderiam responder abertamente. Realizei cinco entrevistas, entre as quais, optei por escolher histórias diferentes para que pudéssemos ter o máximo de diversidade possível. Entrevistei pessoas que já passaram por internação, que chegaram ao NA através da Justiça Terapêutica, homens e mulheres. Pretendo, além de uma busca teórica, fazer com que as entrevistas possam contribuir com o assunto, para que possamos entender de fato que espaço é esse e quais são as possibilidades de uso do mesmo em parceria com as políticas públicas.

#### 4.6- Financiamento, Autogestão e Ajuda Mútua

A sétima tradição de NA diz que todo grupo de NA deverá ser totalmente autossustentável, recusando contribuições de fora. Segundo o entrevistado nº5:

O NA não aceita doações, os membros que sustentam o NA, se pegássemos patrocínio, teríamos que seguir as regras do patrocínio. Não devemos nada a ninguém, por isso estamos muitas vezes nos fundos de igreja, porque é um pouquinho mais barato. A gente faz questão de pagar o aluguel, mesmo que sejam irrisórios. (ENTREVISTADO Nº5)

Ao participar das reuniões é possível observar esse aspecto do grupo, ao chegar na sétima tradição, que é um dos momentos da reunião, os membros ajudam financeiramente o grupo, colaborando com o que podem, se não podem, não colaboram financeiramente. Não é permitido que visitantes participem. O entrevistado Nº2 reitera a questão da não contribuição de fora e fala sobre o caminho que o dinheiro excedente toma:

Como o grupo é autossustentável nós funcionamos atrás de igrejas católicas, pagamos uma cesta básica, mas estamos crescendo e temos alguns grupos com sala própria. O dinheiro que excede no grupo é passado para a área, depois vai para o núcleo RJ e depois vai pro mundial. (ENTREVISTADO Nº2)

Segundo o Texto Básico do NA:

A nossa política financeira é claramente definida: recusamos quaisquer contribuições de fora; nossa irmandade é totalmente autossustentada. Não aceitamos financiamentos, doações, empréstimos e/ou presentes. Tudo tem seu preço, não importa a intenção [...] Não podemos permitir que nossos membros contribuam com mais do que aquilo que lhes cabe. Descobrimos que o preço pago pelos nossos grupos é a desunião e a controvérsia. Não iremos colocar nossa liberdade em risco. (NA, 1993)

Além do financiamento, a autogestão é um ponto muito importante a ser tocado, a horizontalidade é fundamental para que o membro possa perceber-se parte do grupo. Para Aguiar (2011):

A autogestão é imprescindível, pois, por possibilitar que os membros se vejam em condições de igualdade, favorece o fortalecimento da autoestima de cada um, como também o vínculo entre eles, além de possibilitar aos membros exercitarem-se no serviço, na cooperação de grupos. (AGUIAR, 2011)

Vale lembrar que existem funções dentro do grupo, especificamente, que são os secretários e os tesoureiros. Essas funções são ocupadas por membros do grupo e no NA, como um todo, existem outras funções que também são ocupadas por membros. Isso faz com que sejam parte do que está acontecendo, não só como receptor, mas como causador, construtor de um lugar, um espaço.

Por último, é importante falar da ajuda mútua. Um dos entrevistados define o NA como “um grupo de pessoas que se ajudam mutuamente e que esse programa, dos doze passos, ajuda a criar mecanismos dentro das pessoas que fazem com que essas pessoas evitem a primeira dose” (ENTREVISTADO Nº1). É interessante observar que o grupo só faz sentido a partir do momento em que ele serve ao outro. Exemplificando, utilizo uma fala do entrevistado nº 2 em que ele diz sobre o propósito do NA: “nosso propósito primordial é ficar limpo e levar a mensagem aos que ainda sofrem.”

Essa visão de doação é exposta em alguns trechos do livro básico e aparece algumas vezes nas entrevistas. É interessante pensar que o grupo tem objetivos que não são somente para os que estão lá dentro, mas pelos que ainda sofrem, e chama atenção sobre os que chegam quando o texto básico diz que: “O recém-chegado é a pessoa mais importante de qualquer reunião, porque só dando podemos manter o que temos”. Mais que isso, é importante também pensar que em uma sociedade liberal com valores extremamente

individualistas e cada vez mais egocêntricos, encontrar um lugar onde o outro é tão importante quanto o próprio, chega a causar estranhamento em quem vê de fora. Segundo Kropotkin (1902), o que torna uma comunidade superior às outras é a cooperação e não a luta generalizada de uns contra os outros; e na afirmação de Mauss (apud AGUIAR, 2011), o desenvolvimento das sociedades se deu à medida que seus membros aprenderam a se relacionar por meio do dar, receber e retribuir em alternativa à guerra.

A ajuda mútua teve início quando Bill não conseguiu sair do alcoolismo sozinho e procurou outros iguais para que pudesse se relacionar, trocar experiências e alcançar a abstinência. Ao receber uma herança enorme do A.A., não aconteceu diferente com o N.A., quando se trata da ajuda mútua.

#### **4.7- Passos e Tradições**

“Parar de usar drogas é uma decisão individual, o mundo pode dizer que a droga me faz mal, mas se eu não sentir esse mal, é complicado, porque no mesmo tempo que ela traz dor, ela traz prazer” (ENTREVISTADO N°4)

Ao entrar para o grupo, a pessoa em sofrimento causado pelo uso das drogas é acolhida e convidada a continuar voltando, posteriormente lhe é apresentado o NA e oferecida a proposta de seguir os princípios. Esses princípios são uma combinação de conceitos que foram construídos através de experiências vividas por seus membros.

Os doze passos são uma proposta, segundo a irmandade, para se alcançar a recuperação, que por sua vez não se finda, visto que eles acreditam que é uma doença incurável. Vou destacar dois passos para comentar através

do mirante da experiência no convívio com membros do NA. O primeiro passo trata-se de admitir a doença, reconhecer que perdeu o controle da vida.

Não importa o que ou quanto nós usávamos. Em Narcóticos Anônimos, estar limpo tem que vir em primeiro lugar. Percebemos que não podemos usar drogas e viver. Quando admitimos nossa impotência e inabilidade para dirigir nossas próprias vidas, abrimos a porta da recuperação. (NA, 1993)

O segundo passo e, talvez, o mais “polêmico” entre as pessoas que pude debater sobre o tema e que não faziam parte do NA, é o passo que diz que “Viemos a acreditar que um poder maior que nós poderia devolver-nos à sanidade”. Esse passo é motivo de diversas críticas e causador da ideia de que o NA pode vir a ser uma religião.

Vimos anteriormente que o NA surge do AA que, por sua vez, sofreu fortes influências dos Grupos de Oxford. Não só no segundo passo, mas também em outros, o NA utiliza a palavra Deus. Entretanto, há discussões dentro da irmandade no sentido de questionar se essa é a melhor palavra para vir na literatura, visto que o poder superior pode ser qualquer coisa em que o participante acredite, como a própria literatura diz.

A nossa compreensão de um Poder Superior fica a nosso critério. Ninguém vai decidir por nós. Podemos escolher o grupo, o programa, ou podemos chamá-lo de Deus. A única diretriz sugerida é que este Poder seja amoroso, cuidadoso e maior do que nós. Não precisamos ser religiosos para aceitarmos esta ideia. (NA, 1996)

Em seu sítio eletrônico a irmandade fala sobre o assunto, deixando claro que o NA não é uma seita ou uma religião:

O programa de Narcóticos Anônimos tem uma orientação nitidamente espiritual e a maioria de nossa literatura menciona “Deus”. Nós não somos uma seita nem uma religião, não temos antagonismo a respeito das religiões organizadas – pelo menos não como movimento. Mas, alguns de nossos membros são ateus e/ou

antirreligiosos, nossos passos e tradições no idioma Inglês referem-se a Deus como uma pessoa masculina, mas a Irmandade está discutindo este assunto atualmente. (NA-PT.ORG)

É importante que possamos diferenciar espiritualidade e religião. A espiritualidade existe desde os tempos primórdios, a religião é recente. Segundo Alves (SD) a espiritualidade é a busca pessoal pela compreensão das questões da vida, de seu significado e da relação com o sagrado e o transcendente, podendo ou não conduzir ou originar rituais religiosos. Sobre a religião a autora diz que é um sistema organizado de crenças, práticas rituais e símbolos.

A partir de então, os passos são uma troca entre o participante, os que estão a sua volta e o poder superior que está representado por “Deus” na maioria da literatura da irmandade. Ocorre um movimento de entregar ao poder superior uma experiência espiritual que ocorre em todos os passos, além dessas experiências há a de escrever o que aconteceu na sua vida, fazer uma lista com as pessoas que tenha prejudicado em algum momento, fazer uma reparação a essas pessoas e por fim, levar a mensagem ao dependente químico que ainda sofre. Destacam-se ainda três princípios indispensáveis para a recuperação: honestidade, mente aberta e boa vontade.

O cantor e compositor Renato Russo fez parte do AA e, em uma entrevista a um programa de TV, ele quebra seu anonimato para explicar a importância do programa dos doze passos na sua vida. Essa importância é explicitada na última música do álbum “As quatro estações” em que ele conta um pouco da sua experiência:

Só por hoje eu não quero mais chorar  
 Só por hoje eu espero conseguir  
 Aceitar o que passou e o que virá  
 Só por hoje vou me lembrar que sou feliz.

Hoje eu já sei que sou tudo que preciso ser  
 Não preciso me desculpar e nem te convencer  
 O mundo é radical  
 Não sei onde estou indo  
 Só sei que não estou perdido  
 Aprendi a viver um dia de cada vez.

Só por hoje eu não vou me machucar  
 Só por hoje eu não quero me esquecer  
 Que há algumas pouco vinte e quatro horas  
 Quase joguei minha vida inteira fora.

Não não não não  
 Viver é uma dádiva fatal,  
 No fim das contas ninguém sai vivo daqui mas -  
 Vamos com calma!

Só por hoje eu não quero mais chorar  
 Só por hoje eu não vou me destruir  
 Posso até ficar triste se eu quiser  
 É só por hoje; ao menos isso eu aprendi.

(RENATO RUSSO, 1993)

Como se pode observar, o autor usa repetidas vezes o jargão “só por hoje”, que é extremamente usado pelos membros de NA, existindo até mesmo um livreto do NA, *Só por Hoje*, que fala um pouco sobre o dia a dia de um membro e sugere algumas meditações, como por exemplo:

Só por hoje meus pensamentos estarão concentrados na minha recuperação, em viver e apreciar a vida sem drogas.

Só por hoje terei fé em alguém de NA que acredita em mim e quer ajudar na minha recuperação.

Só por hoje terei um programa. Tentarei segui-lo o melhor que puder.

Só por hoje tentarei conseguir uma melhor perspectiva da minha vida através de NA.

Só por hoje não sentirei medo, pensarei nos meus novos companheiros, pessoas que não estão usando drogas e que encontraram uma nova maneira de viver. Enquanto eu seguir este caminho, não terei nada a temer. (NA, 1991)

A irmandade acredita que se deva viver um dia de cada vez, que ninguém se torna adicto de um dia para o outro e que o tratamento não será diferente. Há uma continuidade, um programa a seguir e a conquista de se manter “limpo”, termo utilizado para quem consegue ficar sem usar drogas, fica cada vez mais processual, já que o programa lhe oferece uma mudança em todos os âmbitos da vida do participante.

Os doze passos são referentes ao programa para o indivíduo, já as doze tradições são referentes ao programa para o coletivo que visa manter uma unidade. Esse texto explica como agir em coletivo quando se refere ao grupo, como, por exemplo, o bem-estar comum que deve vir em primeiro lugar e é a primeira tradição. A tradição dois explica que os líderes são apenas servidores, deixa claro que eles não governam e diz que a única autoridade é o poder superior. Em geral aparece tudo o que já foi citado nesse trabalho, como a recusa de dinheiro alheio, propósito primordial em levar a mensagem para quem ainda sofre, a informação de que o único requisito para ser membro é o desejo de parar de usar, entre outros.

#### **4.8- NA, Justiça terapêutica e Políticas Públicas**

A Justiça Terapêutica tem como objetivo evitar a aplicação de pena privativa de liberdade ou submeter, somente, ao pagamento de multa os usuários de drogas envolvidos em práticas de ilícito penal. Ela proporciona medidas alternativas a quem cometeu delitos leves relacionados ao porte ilegal de drogas ou ao uso abusivo de substância entorpecente. Dentro das possibilidades está o encaminhamento para entidades de apoio e frequentes



reuniões periódicas promovidas por grupos de mútua ajuda. O usuário que aceitar a medida deve comparecer às reuniões promovidas pelo grupo, sem qualquer interferência da justiça, apenas tendo sua presença controlada.

Segundo Oliveira e Sobrinho (2004):

A proposta de encaminhamento para frequência às reuniões promovidas pelas entidades é apresentada pelo promotor de justiça em audiência pública, devendo contar sempre com a expressa concordância do autor do fato e do seu advogado, além da homologação pelo juiz de direito. (OLIVEIRA e SOBRINHO, 2004)

Há divergência sobre esse assunto entre os membros de NA, já que na entrevista que realizei pude perguntar sobre esse tema. Em geral, obtive respostas positivas, que acreditam que essa política funciona, mas também tive resposta negativa, mostrando que a política vai de encontro ao proposto no NA que é a espontaneidade, o desejo de parar de usar. De acordo com um dos entrevistados a justiça terapêutica é controversa, já que parar de usar drogas é uma decisão individual e que o NA não obriga ninguém a isso. Ainda segundo as opiniões favoráveis, a entrevistada número três diz que:

Eu com quatro meses limpa servi sendo secretária de uma reunião e sendo secretária é você que carimba e óbvio que você sendo um ser humano você julga a outra pessoa, mas tem pessoas que você via que estava ali carimbando só por obrigação mesmo. Muitos casos funcionam, eu vejo muitos companheiros chegar no NA através do carimbo, eu não sou contra nem a favor, eu já tive problemas enquanto a isso, mas eu vejo que tem muitos companheiros que chegam no NA através desse carimbo. (ENTREVISTADA N°3)

A entrevistada número cinco diz que ainda que alguns demorem a levantar o braço (falar), considera que essa política funciona e diz que o NA é um programa de atração, assim como está na décima primeira tradição. O

entrevistado número um considera a pena alternativa um benefício e diz que a justiça terapêutica separa o usuário do traficante.

Em contrapartida, o único entrevistado que passou por essa política disse ser contra a mesma, segundo o próprio:

Qualquer pessoa que chegar no NA com vontade ou sem vontade, pela mãe, pela namorada, por ter perdido a família, por que estava doidão e tomou uns cacetes na rua da polícia. Qualquer pessoa que chegar no NA e conhecer a programação, se der a oportunidade, chegar lá e escutar as histórias é um meio que vem funcionando, agora essa questão da justiça terapêutica, eu acredito que é uma coisa muito complicada porque eu acredito que muitos precisam, mas poucos vão conseguir, no NA ingressa no mês 30 pessoas e um fica.

Eu acredito que a prisão compulsória deveria acontecer, por segurança, mas que nessas clínicas tivesse um acompanhamento, trabalho de ressocialização através do esporte, psicológico. É muito difícil falar da saúde pública. Eu fui um felizado em consegui, mas tive muitos amigos que não conseguiram. (ENTREVISTADO Nº 2)

Por mais que sejam positivas as falas sobre a justiça terapêutica, encontrei, em todas as entrevistas uma dúvida sobre o assunto, mas nenhum dos entrevistados falou que não funciona. Ao contrário, todos acreditam que funciona, até mesmo o entrevistado que é contra, que teve acesso ao NA por essa política, diz que funciona, mas que seria para poucos, que deve haver uma política mais abrangente.

#### **4.9- Internações e Internação compulsória**

Política pública foi um tema tratado nas entrevistas que fiz, perguntei sobre as internações e internações compulsórias, sobre a redução de danos e a descriminalização das drogas. O objetivo dessa parte da entrevista era perceber o que os usuários de um programa tinham a dizer sobre outras propostas e sobre políticas que perpassam esse tema.

Dois dos entrevistados passaram pela experiência da internação, o primeiro diz ter sido muito importante na recuperação dele e que na própria clínica ele conheceu os passos, porque a clínica usa desse método. Segundo o entrevistado, após 102 dias de internação, quando recebeu alta ficou receoso de “voltar para a sociedade”, tinha medo de voltar porque sabia que voltaria para a mesma casa, o mesmo bairro onde saiu. Durante a internação passou por um momento de depressão, teve de ser medicado, ficou duas semanas de cama. Passou também por experiências que o fizeram pensar e refletir, como o uso de drogas dentro da própria clínica. Ao receber alta, voltou ao seu antigo trabalho, conseguiu o emprego e relata o que aconteceu:

A partir de então começou a minha autossuficiência novamente, o poder do dinheiro. Aos poucos passei a ir pro bar tomar uma coca cola, ai eu pensei comigo mesmo, vou tomar vinho, porque eu não gosto de vinho então vou me controlar. Comprei o vinho no mercadinho, embrulhei no jornal, na metade do copo já me deu vontade de usar a droga, eu fui lá e usei. (ENTREVISTADO, N°4)

O segundo entrevistado passou por diversas internações, todas em clínicas privadas, e a última internação foi no ano de 2010. Segundo o entrevistado:

A **primeira (Corcovado)** era um lixo, hoje está fechada. Lá dentro era um pátio mal cuidado, parecia corredores de prisão com celas, os quartos eram assim. Alguns internos de avental, era misturado, quem estava comigo eram as pessoas com problemas psiquiátricos, não eram pessoas com problema de drogas, tinha de tudo. O tratamento era basicamente de remédio.

A **segunda (Vila Serena)** é absolutamente maravilhosa, um paraíso, privada, muito bem organizada, trabalha-se os passos, a gente fica em um ambiente que é uma casa, com os quartinhos para as meninas, comida gostosa, era aconchegante, tinha até piscina lá, tinha nossas reuniões, tudo voltado pro NA, só se recebe alta de vila serena se você faz até o 5º passo de NA. Não são três meses de tratamento, são 45 dias, isso é muito importante.

A **terceira (Suzano)** Clínica só de mulheres, onde eu fui muito mal tratada, um lixo também. Uma casa pequena que colocavam umas 30

peças dentro, com o quintal mal tratado, a gente tinha que capinar, limpar o quintal, a gente tinha que escutar louvores evangélicos, uma agressão. Foi só abstinência. No início ficamos um mês sem falar com os pais, quando passei a ter o direito de falar com meus pais eles se eu falasse pra minha mãe me tirar de lá eles desligavam o telefone, eles tinham esse controle. Eu só podia falar o que ela queria que eu falasse, eu estava lá sofrendo, sendo mal tratada, se eu fizesse algo que ela não quisesse, se eu respondesse ela ou quisesse mais uma linguiça naquela comida horrível, a gente ia pra um quarto e ficava lá presa entre dois e três dias. Tinha divisão de trabalho: capinar, cozinhar, ralar legumes. A família ia lá uma vez por mês, mas era monitorado, quando eu falava pra minha mãe me tirar de lá e denunciar o lugar a funcionária falava que eu estava manipulando, porque era uma característica da doença.

**A quarta (não sei o que das artes)** Muito chique, muito bonita, as meninas se pegando lá dentro e só regras, mais nada. Hora pra acordar, pra comer, pra dormir, pra desenhas. A família visitava de 15 em 15. Eu não tinha mais credibilidade, falava que queria ir pra vila serena, mas não tinha mais credibilidade, o que os conselheiros falavam era lei. Era muito entediante, não tinha nada pra fazer, as vezes jogava um vôlei com as meninas, comecei a fumar cigarro pra ver se passava o tempo. (ENTREVISTADO N°5)

As duas experiências reforçam a ideia de que a doença não tem cura, mas precisa de acompanhamento e a internação por si só não é suficiente. É necessário que se tenha mais aparelhos voltados para a atenção desses usuários.

Sobre a internação compulsória a opinião se divide entre os entrevistados, um entrevistado explica que ele tem o direito de ir e vir, mas que essas pessoas não podem ser criminalizadas. Esse acredita que deve haver a internação compulsória e que essas pessoas devem ser levadas para um lugar que receba um tratamento descente, com esporte, lazer, e ainda de acordo com ele, essas pessoas precisam receber amor. Já os outros de uma forma geral são contra, por diversos motivos, segundo o entrevistado n°4:

O Brasil não tem uma política de saúde voltada pro usuário de drogas, o crack é possível é vencer é mais um marketing pro governo do que uma política de auxílio ao dependente químico, então a gente observa que a sociedade civil vem se organizando para encontrar

formas de poder ajudar esse usuário de drogas já que o Estado não tem essa estrutura. A internação compulsória é mais um movimento de tirar o que é feio, de tirar que é politicamente feio, esconder. A internação compulsória é uma política de exclusão social, se houvessem locais onde existissem tratamento terapêutico eu acho que seria interessante até porque o indivíduo perdeu a capacidade de saber o estado dele, entra em uma inconsciência muito grande, nesse modelo eu concordo, no modelo atual eu não concordo. (ENTREVISTADO Nº4)

Para o entrevistado nº3 há uma ambiguidade no que a sociedade vê, quando se usa droga você é um nada, mas quando para de usar você é visto como um vencedor, segundo o entrevistado:

Nós somos vistos pra sociedade assim, ou é marginal, bandido ou é vencedora, se você contar a história vão falar que é vencedora, mas muitos são maconheiros, crackudos, marginal. Quantas vezes escutei “esses crackudos tem tudo que morrer” e não é bem assim, eles não querem estar ali. Acho que o governo tinha que tratar mais do psicológico, não é pegar aquela pessoa e jogar em um lugar, vai acontecer a mesma coisa (ENTREVISTADO Nº3)

Ainda que não concordem com a internação compulsória, a maioria acredita que deve haver algum lugar onde essas pessoas possam receber um tratamento com qualidade e amor, como foi dito em duas entrevistas.

#### **4.10- Redução de Danos**

O objetivo dessa pergunta na entrevista é saber se os entrevistados, que já passaram por diversas experiências na vida relacionadas ao tema “drogas” e hoje estão em um programa que prega o a abstinência, conhecem outros meios de tratamento para a doença. Dos cinco entrevistados, apenas dois tinham conhecimento da política de redução de danos, com opiniões contrárias. Segundo o entrevistado nº 2:

Eu acho totalmente errado, se o cara usa crack e manda ele usar maconha, você está incentivando ele a usar a droga. Eu acredito que a saúde pública deveria se informar mais porque é uma doença compulsão, da negação. Eu acredito que o acompanhamento médico, psiquiátrico, psicológico vão ajudar a pessoa, mas acredito que tenha que ser pela abstinência. A redução de danos é um despreparo da saúde pública. (ENTREVISTADO Nº2)

Já o entrevistado nº 1 tem uma visão diferente sobre o que é a redução de danos, para ele:

Se alguém me oferecesse a possibilidade de trocar uma droga pela outra, não ia funcionar, porque eu tentei e não funcionou, mas eu vejo que algumas pessoas, com a política de redução de danos recebem o acolhimento do estado através dos CAPS e ai eles começam a se conscientizar pela opção de parar de usar drogas. Eu no meu consultório atendo pessoas que tem problemas com drogas, em momento algum eu tenho esse discurso de parar de usar drogas, eu falo que usar drogas é uma opção dele e que eu estou ali acolhendo ele independente dele usar ou não a droga. Eu acho que isso é uma visão de redução de danos. Acho que a redução de danos visa esse acolhimento. A redução de danos é uma política que funciona, mas não funciona para todos. É uma política válida. (ENTREVISTADO Nº1)

Reafirmo aqui o que disse no capítulo reservado para a redução de danos, a política é sucateada e fragmentada, as próprias pessoas que poderiam ser assistidas por ela, a desconhecem. Quando conhecem, por vezes não sabem exatamente como funciona, quais os objetivos e meios para o tratamento, muitos já utilizaram alguma ação ligada a redução de danos, mas não sabem o que é.

#### **4.11- Descriminalização das Drogas**

Essa pergunta teve o objetivo de debater política pública sobre droga e conhecer a visão dos entrevistados sobre o tema.

Para o entrevistado nº1:

Tem drogas que são muito mais perigosas e que são lícitas, o álcool. Não sou nem a favor e nem contra, acho que o indivíduo tem autonomia de fazer o que quiser da vida dele, acho que com a descriminalização das drogas existiria uma apologia ao uso das drogas, o que potencializaria o uso. Hoje com a repressão já existe um consumo absurdo, imagina se houvesse a abertura, mas eu me sinto muito inapto para falar sobre isso, porque como ex-usuário de drogas talvez eu seja partidário para não legalizar e eu tenho uma mente muito aberta sobre isso, tem pessoas que usam drogas e não são adictos. Tem pessoas que fumam maconha, cocaína, bebem e não são adictos. Pessoas que uma vez no ano acendem um cigarro de maconha e tá tudo certo, eu não consegui fazer isso, assim como outras pessoas. Mas eu acho que tem drogas que são muito mais perigosas do que as ilícitas, como o tabaco e o álcool. (ENTREVISTADO Nº1)

Para o entrevistado nº2 “A descriminalização é acabar de matar todo mundo, punir as pessoas com a internação compulsória é o caso.” Já para o entrevistado nº 5 “Sou totalmente a favor, até porque o tráfico lucra muito, mas que tenham lugares para fumar. Acho que diminuiria a violência, a corrupção na polícia”. O entrevistado nº 3 diz:

Sou contra a legalização das drogas, quando eu comecei a ficar limpa falavam sobre isso e eu ficava com maior inveja porque eu pensava “esse povo vai começar a usar maconha a todo vapor né”, mas mal ou bem eu tenho que me proteger. O que vai resolver se legalizar? A pessoa vai usar na rua? Aonde quiser? É isso que o governo quer? Eles não querem combater, fazer algo contra as drogas, combater em relação. Se legalizar as drogas, quantas crianças não vão ser influenciadas pelos seus pais? (ENTREVISTADA Nº3)

Com a experiência da entrevista podemos observar que as opiniões dentro do NA se divergem, pois são pessoas e histórias diferentes com visão de mundo e experiências diferentes que estão reunidas em um local por terem tido problemas com drogas, buscando recuperação através de um programa que para eles vem dando certo. Para poder compreendê-los melhor, é importante que conheçamos sua trajetória até o NA.

Para dois dos entrevistados o início do uso das drogas foi com quatorze anos, dois deles com treze e um com onze anos. Quatro entrevistados começaram pelo álcool, um porque o pai também usava, e logo começou a beber em festinhas, outros para socializar com os amigos. Desses citados, três tiveram o início na droga ilícita pelo uso da maconha.

O único que não teve início na bebida, começou a usar drogas devido à perda de sua mãe, a quem era muito apegado. Contou que era uma criança muito presa e com a morte da mãe, passou a ver o mundo “sem regras, sem proibição”. A partir de então, começou a trabalhar como guardador de carro e nesse meio, segundo o entrevistado, veio o bem estar da coisa fácil. Começou a sentir falta das coisas de crianças, como um Danone, mas não tinha dinheiro para comprar, então começou a realizar furtos. Conheceu um rapaz da idade dele que usava muita droga e era muito popular, ele invejava a situação, foi quando se aproximou do rapaz e usou a “droga de inalar”. Deixou de se sentir inferior e passou a acreditar que a roupa de marca o colocava em uma posição acima dos demais, quis ficar igual aos bandidos com moto e roupa de marca.

Outro entrevistado, sem se encaixar em grupo nenhum na escola, começou a usar o álcool em casa com seu grupinho de quatro pessoas. Era essa a diversão, até que uma das quatro usou maconha e todas usaram também. Elas iam para uma casa no interior do Rio de Janeiro e ficavam usando as drogas, mas uma das meninas, com traços artísticos, decidiu levar um LSD para afetar mais o seu subconsciente e todas começaram a usar.

Após conhecer as drogas sintéticas, um dos entrevistados, não conseguiu parar de usá-las. Usava no final de semana, em festas, até que



passou a usar dia de semana, conheceu um rapaz que usava drogas também e, segundo a entrevistada entrou em um processo autodestrutivo. Passou a comercializar a droga, levando da favela para o asfalto, até que em uma dessas idas a favela foi violentada por policiais, e foi quando decidiu que não queria mais usar drogas.

Eu comecei a ficar agressivo dentro da minha família, comecei a ficar agressivo com as pessoas que moram na rua onde eu moro a 49 anos, minhas irmãs me denunciavam pra polícia, era muita confusão. Às vezes eu tinha até razão, mas o cara quando é drogado acaba perdendo a razão, porque a razão é muito difícil pro adicto porque ele “se enche” e perde a razão. Eu trabalhava, bancava as coisas dentro de casa e minhas irmãs não trabalhavam, mas usavam e aproveitavam da situação que eu estava doidão, eu não sabia o que fazer e acabava xingando e agredindo elas, elas ligavam pra polícia direto. Toda hora eu aparecia na polícia, ligava pro promotor ele ia lá. Eu não deixava a polícia me pegar, porque eu achava que só a polícia civil poderia me pegar e eu tacava pedra na polícia, eles já queriam fazer algo comigo, eu achava que eles queriam me matar, e um dia, com várias entradas na polícia eles abriram um processo contra mim (minha irmã) e eu fui apresentado ao fórum de Jacarepaguá. (ENTREVISTADO Nº 2)

A citação acima se refere a um dos entrevistados que conheceu o NA através da justiça. Nos exemplos citados acima o Estado teve um papel fundamental, seja pela sua ausência, seja através da sua forma truculenta de tratar os cidadãos através da polícia ou por uma visão progressista de um promotor que percebeu o abuso do uso das drogas como doença, que é o caso do último exemplo. Quando o entrevistado chega à audiência e o promotor pede para que todos saiam da sala, fica a sós com ele e fala que do jeito que as coisas estavam ou ele o colocava em um lugar junto com pessoas criminosas, que matavam, ou o indicaria para o NA, e foi feito.

Todas essas histórias passam por uma carga de sofrimento grande, que vai de perdas de laços familiares, prostituição, até planejamento de um assassinato.

Não fico me lamentando, aceito a doença e a responsabilidade pela doença. Recuperei a minha dignidade, resgatei o desejo de viver, recuperei meus sonhos, fiz uma faculdade, me formei, me pós-graduei, trabalho na minha área, me sinto uma pessoa bastante realizada, tenho certeza que consegui tudo isso com ajuda do Narcóticos anônimos, profissionais da saúde e assistentes sociais. (Entrevistado nº 1)

Pude perceber nas entrevistas que as trajetórias narradas são centradas nas questões individuais e que as expressões da questão social, questões econômicas e educacionais não contemplam as narrativas em geral. Dá-se a impressão de que o NA se fecha para si e que o debate com a sociedade não é um dos objetivos da irmandade. Frase que se repete entre os entrevistados é que o NA não tem opiniões sobre coisas alheias.

Todas as histórias dos entrevistados terminam no mesmo lugar e é isso que chama atenção na irmandade. Não importa o passado, não importa quem você foi, o que você fez, as pessoas estão reunidas ali por um motivo, o desejo de parar de usar drogas. É a partir daí que eu acredito que o NA pode ser um instrumento do Serviço Social, respeitando as vontades dos usuários e a política de redução de danos, tanto a profissão quando a irmandade tem estrutura para que se possa fazer uma parceria, encaminhando usuários que optarem por um programa de abstinência para o NA.

## Considerações finais

Com esse trabalho, pretendo ter contribuído para que se possa pensar e refletir sobre o assunto tratado. O tema das drogas está sendo muito falado hoje na cidade do Rio de Janeiro, mas com uma atenção especial aos usuários de crack que ficam nas ruas. Infelizmente a prefeitura da cidade faz uma verdadeira higienização, recolhe essas pessoas e levam para lugares como o abrigo de paciência que está superlotado e em péssimas condições e clínicas de reabilitação que tem contratos suspeitos com a secretaria de assistência social, que por sua vez foi alvo de escândalos relacionando seu antigo secretário Rodrigo Bethlem.

É muito importante entender que por mais que tenham tido vitórias na luta pela desinstitucionalização, o Estado ainda utiliza aparelhos que geram lucro com a população dependente de substância química. Há muito que fazer para sanar esse problema. Sem desconsiderar o que já foi feito, o caminho a ser percorrido ainda é longo. É necessário que se faça mais CAPS, que se debata mais a Saúde Mental nas comunidades, que se entenda a dependência química como caso de saúde e não de segurança pública, que se invista em estudos e formação para que tenhamos profissionais preparados para trabalhar com a questão da redução de danos. O Estado deve garantir uma saúde de qualidade em todos os âmbitos: na formação, nos serviços prestados à população e na política. De acordo com Lima & Tavares (2012):

Assim, mais uma vez, a droga comparece como simulacro e justificativa para uma ampla teia de atores, interesses e ideias em disputas por hegemonia de um projeto de sociedade e pelas suas correspondentes políticas sobre drogas. A potência do posicionamento político da saúde pública de assumir a liderança

dessa política com sua estratégia de redução de danos ainda está sob difícil e tensa construção, mas em conjuntura marcada por contradições a ser exploradas. (LIMA & TAVARES, 2012)

É preciso que a discussão sobre as drogas não se esgote na dualidade entre fazer bem ou mal, mas que se discutam também as formas de tratamento para as pessoas que adoecem através do uso dessas drogas. Segundo Lima, Carrilho e Tavares (2013):

Os princípios dos direitos humanos, os marcos constitucionais dos direitos sociais brasileiros e a estratégia da redução de danos podem ratificar pilares éticos-políticos para orientar a construção singular e coletiva de projetos de reabilitação inseridos na comunidade, na convivência familiar e na rede de proteção social, mas demandam resistências e lutas por uma cidade e uma ordem societária democrática na arena da socialização do poder político e do poder econômico. (LIMA; CARRILHO & TAVARES, 2013)

Espero, também, levantar mais dúvidas do que certezas, como o questionamento sobre a segurança pública, a política de assistência e de saúde relacionadas a esse tema. A polícia que mata negro e pobre, a assistência que recolhe pessoas na rua, a saúde que fecha as portas e discrimina. As clínicas que recebem em nome de Deus, os manicômios que enlouquecem as pessoas. Por outro lado, refletir também sobre as alternativas que são oferecidas para as pessoas que sofrem com o uso das drogas, como os próprios CAPS, as instituições públicas como um todo, as instituições privadas e o próprio Narcóticos Anônimos.

Através das entrevistas pode-se perceber que as políticas públicas falharam, seja a de segurança ou a de saúde. O NA se fez necessário e presente para pessoas que procuraram um tratamento para a doença da dependência química e que o Estado, por vezes, se nega a dar, ou quando dá é um tratamento cheio de valores morais, carregado de preconceitos e

sucateado pelo próprio sistema. Será que se o Estado fosse presente a sociedade precisaria se organizar para conseguir parar de usar drogas? O fato é que o NA existe e que vem ajudando pessoas que tem problemas com as drogas. Pode não ser a solução para todos, mas certamente é uma via de acesso a ser utilizada de forma legítima na rede de recursos e encaminhamentos para dependência química, uma das portas a serem ofertadas de saída das drogas e tratamento para dependência química por nós, assistentes sociais. Desde que saibamos respeitar a individualidade das pessoas e as vontades, podemos usufruir de um programa que dá certo para alguns e investir em outros tipos de programas, para que possa dar certo para outros também.

Ainda que entendamos que o Estado deve prover de cuidado para a população, isso é fato, podemos perceber que a própria população pode se organizar para prover de cuidado mútuo também. A partir de minhas percepções, podemos, por exemplo, começar a criar movimentos de base através da cooperação entre pessoas tendo fim um bem maior. Sem a perspectiva de retirar a responsabilidade do Estado, pelo contrário, entendendo que este deve ser visto também como um campo de disputa e que a organização é fundamental para alcançar o objetivo.

Dentro do tempo de formação pouco ouvi falar em política de drogas e alternativas para dependentes químicos, espero ter acrescentado para o debate e colaborado para que esse tema possa vir a ser tratado na formação em sala de aula, não só no campo de trabalho.

Além da sala de aula, espero ter contribuído para os assistentes sociais que não conheciam os Narcóticos Anônimos, apresentando, falando de alguns dilemas e oferecendo entrevistas sobre a irmandade. Que seja aberto mais um leque de opções quando se trata da dependência química.

Foi uma experiência ímpar poder falar sobre a política de drogas e especialmente sobre o Narcóticos Anônimos, já que antes de começar eu tinha muitas dúvidas sobre a irmandade e agora, após o término, eu tenho muitas certezas, mas dúvidas em dobro. Essa é a intenção, causar incômodo, causar dúvida.

Enfim, espero com isso tudo contribuir para o debate acerca do tema, e finalizo com a fala de um dos entrevistados, que já depois da entrevista, pediu para falar algo, e me disse:

Eu já levei algumas pessoas pro hospital pra serem atendidas e recebi muita ajuda de profissionais do Serviço Social que acolheram a gente e conseguiram leito para ajudar aquela pessoa, mas também tive experiências com profissionais do Serviço Social que não tiveram o olhar de acolhimento com aquele paciente. O usuário de drogas não é um deficiente moral, ele é uma pessoa que tem uma comorbidade, ele merece um tratamento digno como qualquer outro tipo de doença, ele tem uma doença que é de ordem mental e ele merece dignidade, seja onde estiver, ele tem que ter o mínimo de dignidade para poder ter a escolha de se recuperar.  
(ENTREVISTADO Nº 1)

## Referências Bibliográficas

- Alcoólicos Anônimos. **O Nascimento De AA E Seu Desenvolvimento**. Disponível Em: <Aa-Area26ba.Org.Br/Index.Php/Nascimento-De-Aa.Html>.
- ALVES, Alessandro. **Espiritualidade Na Dependência Química**. [S.L: S.N.], [S.D.].
- AMARANTE, P. **Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate Sobre A Reforma Psiquiátrica No Brasil**. Cad. Saúde Pública. Rio De Janeiro, 11 (3): 491-494, Jul/Set, 1995.
- AMARANTE, P. Revisitando Os Paradigmas Do Saber Psiquiátrico: Tecendo O Percurso Do Movimento Da Reforma Psiquiátrica. *In*: AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos Pela Vida: A Trajetória Da Reforma Psiquiátrica No Brasil**. 2.Ed. Rio De Janeiro: Fiocruz, 2010.
- AMARANTE, P. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate Em Torno Da Reforma Psiquiátrica. **Cadernos De Saúde Pública** V. 11, N. 3, P. 491–494, 1995.
- ANDRADE, Tarcísio Matos De. Reflexões Sobre Políticas De Drogas No Brasil. **Ciência E Saúde Coletiva** V. 16, P. 4665–4674, 2011.
- ANÔNIMOS, Alcoólicos. **Os Doze Passos**. [S.L: S.N.]. Disponível Em: <Http://Www.Aasobriedade.Org/Modules.Php?Name=Conteudo&Pid=2>. [S.D.]
- ANONYMOUS. Narcotics; SERVICES. World. **Só Por Hoje**. [S.L: S.N.], 1991.
- ANTÔNIO PEDRO SOARES; FÁBIO SIMAS; PATRÍCIA OLIVEIRA; RENATA LIRA; TAIGUARA SOUZA; VERA LÚCIA ALVES. **Relatório Anual Do Mecanismo Estadual De Prevenção E Combate À Tortura Do Rio De Janeiro 2013**. Rio De Janeiro: [S.N.], 2013.
- BEATRIZ SALOMÃO, CHRISTINA NASCIMENTO, LEANDRO EIRÓ E VANIA CUNHA. Caso Rodrigo Bethlem: Escândalo Pode Virar Uma CPI Na Câmara Municipal. **O Dia**, 2014. Disponível Em: <Http://Odia.Ig.Com.Br/Noticia/Rio-De-Janeiro/2014-07-27/Caso-Rodrigo-Bethlem-Escandalo-Pode-Virar-Uma-Cpi-Na-Camara-Municipal.Html>.
- BOITEUX, Luciana. **A Nova Lei Antidrogas E O Aumento Da Pena Do Delito De Tráfico De Entorpecentes**. Universidade De São Paulo, São Paulo, 2006.
- BOITEUX, Luciana. **Controle Penal Sobre As Drogas Ilícitas: O Impacto Do Proibicionismo No Sistema Penal E Na Sociedade**. São Paulo: [S.N.], 2006. P. 273.

BRASIL, Ministério Da Saúde. **Manual De Estrutura Física Dos Centros De Atenção Psicossocial E Unidades De Acolhimento: Orientação Para Elaboração De Projetos De Construção, Reforma E Ampliação De CAPS E De UA Como Lugares Da Atenção Psicossocial Nos Territórios**. Brasília: [S.N.], 2013. Disponível Em: <[Www.Saude.Gov.Br/Mental](http://www.Saude.Gov.Br/Mental)>.

BRASIL, Ministério Da Saúde. **Saúde Mental No SUS: Os Centros De Atenção Psicossocial**. Brasília: [S.N.], 2004. P. 1–86. .8533407750.

BRASIL, Ministério Do Desenvolvimento Social E Combate À Fome. **Serviços De Acolhimento Para População Em Situação De Rua**. [S.D.].

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Crack, É Possível Vencer**. 2013 . Disponível Em: <[Http://Www2.Brasil.Gov.Br/Crackepossivelvencer/Efeitos-E-Consequencias/Fisicos](http://Www2.Brasil.Gov.Br/Crackepossivelvencer/Efeitos-E-Consequencias/Fisicos)>.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Portaria/GM N° 336. 2002 .

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria De Atenção À Saúde. DAPE. Coordenação Geral De Saúde Menta. **Reforma Psiquiátrica E Política De Saúde Mental No Brasil**. Documento Apresentado À Conferência Regional De Reforma Dos Serviços De Saúde Mental: 15 Anos Depois De Caracas. OPAS. Brasília, Novembro De 2005.

COMISSÃO BRASILEIRA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA. **Política De Drogas: Novas Práticas Pelo Mundo**. 2011.

COMITÊ DE PREVENÇÃO E COMBATE À TORTURA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Relatório De Inspeção Em Comunidades Terapêuticas Financiadas Pelo Governo Do Estado Do Rio De Janeiro**. [sd].

COMITÊ POPULAR DA COPA E OLIMPÍADAS DO RIO DE JANEIRO. **Megaeventos E Violações Dos Direitos Humanos No Rio De Janeiro**. P.140 , 2013. Disponível Em: <[Http://Comitepopulario.Files.Wordpress.Com/2013/05/Dossie\\_Comitepopularcparj\\_2013.Pdf](http://Comitepopulario.Files.Wordpress.Com/2013/05/Dossie_Comitepopularcparj_2013.Pdf)>.

CRUZ, Marcelo Santos. **Considerações Sobre Possíveis Razões Para a Resistência às Estratégias de Redução de Danos**. [S.d.].

DARLAN, S. Acolher É Proteger. Recolher É Crime. 2011. Disponível Em:<[Http://Www.Blogdosirodarlan.Com/?P=128](http://Www.Blogdosirodarlan.Com/?P=128)>. Acesso Em: 19 Set. 2014

DE CARVALHO, Jonatas Carlos. Uma História Política Da Criminalização Das Drogas No Brasil: A Construção De Uma Política Nacional. **VI Semana De História E III Seminário Nacional De História: Política, Cultura E Sociedade** P. 819–833, 2011.



DEVERA, Disete; COSTA-ROSA, Abilio Da. Marcos Históricos Da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Transformações Na Legislação, Na Ideologia E Na Práxis. **Revista De Psicologia Da UNESP** V. 6, N. 1995, P. 60–79, 2007.

Disponível

Em:<[Http://Www2.Assis.Unesp.Br/Revpsico/Index.Php/Revista/Article/Viewartic  
le/46/87](http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewarticle/46/87)>.

ELIAS, Lucília De Almeida. **“Um Estudo De Caso Da Implementação De Um Centro De Atenção Psicossocial Em Álcool E Drogas (CAPS-AD), No Rio De Janeiro, 2009- 2010”**. Rio De Janeiro: [S.N.], 2011.

ENDING THE DRUG WARS: Report Os The LSE Expert Group On The Economics Of Drug Policy. Maio 2014.

FAGUNDES, Giselle Soares. **Interdição Civil De Pacientes Psiquiátricos: Uma Análise Dos Discursos Dos Usuários Da Unidade Integrada De Saúde Mental Da Marinha**. Rio De Janeiro, 2013. Trabalho De Conclusão De Curso – Escola De Serviço Social, Universidade Federal Do Rio De Janeiro, Rio De Janeiro, 2013.

FIORE, Maurício. O Lugar Do Estado Na Questão Das Drogas: O Paradigma Proibicionista E As Alternativas. **Novos Estudos (CEBRAP)** V. S/V, P. 9–21, 2012.

FIORE, M. Tensões entre o biológico eo social nas controvérsias médicas sobre uso de “drogas”. **28a REUNIÃO ANUAL DA ANPOCS** , 2004. Disponível em: <[http://www.neip.info/downloads/t\\_mau1.pdf](http://www.neip.info/downloads/t_mau1.pdf)>.

FIORE, Maurício. **O Lugar Do Estado Na Questão Das Drogas: O Paradigma Proibicionista E As Alternativas**. *Novos Estud. - CEBRAP* [Online]. 2012, N.92, Pp. 9-21. ISSN 0101-3300.

FRANCO, SIMONE DE OLIVEIRA. **Centro De Atenção Psicossocial: Um Estudo De Casos**. Florianópolis: [S.N.], 2005.

FRENTE NACIONAL DE DROGAS E DIREITOS HUMANOS. *Carta De Repúdio Contra A Internação Compulsória De Adultos*. Rio De Janeiro: [S.N.], 2012

GOMES, Vinicius. Uruguai: Após Regulação Da Maconha, Mortes Por Tráfico Chegam A Zero. **Fórum**, 2014. Disponível Em: <[Http://Www.Revistaforum.Com.Br/Blog/2014/06/Uruguai-Apos-Regulacao-Da-Maconha-Mortes-Por-Trafico-Chegam-Zero/](http://www.revistaforum.com.br/blog/2014/06/uruguai-apos-regulacao-da-maconha-mortes-por-trafico-chegam-zero/)>.

**Governo Do Estado Do Rio De Janeiro**. RJ: Comitê De Prevenção E Combate À Tortura Do Estado Do Rio De Janeiro, 2013.

CARVALHO, Jonatas Carlos de. **Uma História Política Da Criminalização Das Drogas No Brasil: A Construção De Uma Política Nacional**. IV Semana

De História e III Seminário Nacional De História: Política, Cultura e Sociedade. Programa de Pós Graduação Em História. 2011. UERJ.

KROPOTKIN, Piotr. **Ajuda Mútua: Um Fator De Evolução**. [S.L: S.N.], [S.D.].

LIMA, R. C. C. Políticas Sociais Sobre Crack No Rio De Janeiro. **1º Encontro Internacional De Política Social E 8º Encontro Nacional De Política Social “As Transformações Do Estado No Mundo Hoje”**, Vitória, P. 1–17, Jun. 2013.

LIMA, R.C.C; TAVARES, Priscilla. Desafios Recentes Às Políticas Sociais Brasileiras Sobre As Drogas: Enfrentamento Ao Crack E Proibicionismo. P. 6–23 , 2012.

LOECK, Jardel Fischer. **Reflexões Sobre A Justiça Terapêutica No Contexto Dos Grupos De Narcóticos Anônimos**. Rio Grande Do Sul: [S.N.], 2011. P. 127–141.

LOECK, Jardel Fischer; LEAL, Ondina Fachel. **Adicção E Ajuda Mútua: Estudo Antropológico De Grupos De Narcóticos Anônimos Na Cidade De Porto Alegre (RS)**. Porto Alegre: [S.N.], 2009.

MACHADO, R. **Ciência E Saber: A Trajetória Da Arqueologia De Michel Foucault**. Rio De Janeiro: Graal, 1988.

MARTINS, A.G.L. História Internacional Da Droga. Encod. 17 De Dezembro De 2007.

Ministério Público Do Rio De Janeiro. Inspeção Do Ministério Público No Abrigo Paciência Rio Acolhedor. Rio De Janeiro. O Globo. [SD]. Disponível Em: <[Http://Oglobo.Globo.Com/Videos/V/Inspecao-Do-Ministerio-Publico-No-Abrigo-Paciencia-Rio-Acolhedor/3140963/](http://Oglobo.Globo.Com/Videos/V/Inspecao-Do-Ministerio-Publico-No-Abrigo-Paciencia-Rio-Acolhedor/3140963/)>. Acesso Em: 19 Set. 2014

MUNIZ, Ricardo; CARDOSO, Mattos. **Só Por Hoje: Um Estudo Sobre Narcóticos Anônimos, Estigma Social E Sociedade Contemporânea**. Niteroi: [S.N.], 2006. P. 1–113.

NASI, Cíntia; SCHNEIDER, Jacó Fernando. O Centro De Atenção Psicossocial No Cotidiano Dos Seus Usuários. **Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P** V. 45, N. 5, P. 1157–1163, 2011.

OBID. Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas. p. 1–42 , [S.d.].

OFFICE, Service. Guia Introdutório Para Narcóticos Anônimos. 1996.

OLINGER, Marianna. Drogas – Questões E Perspectivas: Brasil E A Política. N. 2005 , 2006.

OLINGER, Marianna. *Drogas – Questões E Perspectivas: Um Debate Necessário*. 2006.

OLIVEIRA, José Roberto Rochel De & SOBRINHO, Mário Sérgio. *Drogas - Aspectos Penais E Criminológicos*. São Paulo: [S.N.]. 2004

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Entre A Saúde Coletiva E A Saúde Mental: Um Instrumental Metodológico Para Avaliação Da Rede De Centros De Atenção Psicossocial (CAPS) Do Sistema Único De Saúde. **Cadernos De Saúde Pública** V. 22, N. 5, P. 1053–1062, 2006.

Os Homens Mais Ricos Do Brasil, De Acordo Com A Forbes.

**Administradores.Com**, 2014. Disponível Em:

<[Administradores.Com.Br/Noticias/Economia-E-Financas/Os-10-Homens-Mais-Ricos-Do-Brasil-De-Acordo-Com-A-Forbes/91861/](http://Administradores.Com.Br/Noticias/Economia-E-Financas/Os-10-Homens-Mais-Ricos-Do-Brasil-De-Acordo-Com-A-Forbes/91861/)>.

PACHECO, Rogério. Promotor Rogério Pacheco Explica Ação Contra Eduardo Paes E Rodrigo Bethlem. 2013. Disponível Em:

<[Youtube.Com/Watch?V=8AB2XDuQHMU](http://Youtube.Com/Watch?V=8AB2XDuQHMU)>.

RESENDE, Heitor. Política De Saúde Mental No Brasil: Uma Visão Histórica. In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson Do Rosário (Org.). *Cidadania E Loucura: Políticas De Saúde Mental No Brasil*. Petrópolis: Vozes, 2001. P.16-74

SAMPAIO, Christiane; FREITAS, Deisi Sangoi. Redução De Danos E SUS: Enlaces, Contribuições E Interfaces. **Portal Saúde** P. 1–5 , 1989. Disponível Em: <[Http://Portal.Saude.Gov.Br/Portal/Arquivos/Pdf/Rdchristianedeisi.Pdf](http://Portal.Saude.Gov.Br/Portal/Arquivos/Pdf/Rdchristianedeisi.Pdf)>.

SCHNEIDER, Alessandra Ritzel Dos Santos. A Rede De Atenção Em Saúde Mental: A Importância Da Interação Entre A Atenção Primária E Os Serviços De Saúde Mental. **Revista Ciência & Saúde** V. 2, P. 78–84, 2009.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. *Legislação E Políticas Públicas Sobre Drogas No Brasil.*, 2008.

SOUZA, Tadeu Paula. Redução De Danos E Saude Pública: Construções Alternativas À Política Global De “Guerra Às Drogas”. **Psicologia & Sociedade** P. 154–162, 2011.

TENÓRIO, Fernando. **A Reforma Psiquiátrica Brasileira, Da Década De 1980 Aos Dias Atuais: História E Conceitos**. Rio De Janeiro: [S.N.], 2002. 9 V. P. 25–59.

TERRA. Osmar. Projeto De Lei Nº 7663m De 2010. 2010, P. 1–30 . Disponível Em: <[Http://S.Conjur.Com.Br/DI/PI-Lei-Drogas-Deputado-Osmar-Terra.Pdf](http://S.Conjur.Com.Br/DI/PI-Lei-Drogas-Deputado-Osmar-Terra.Pdf)>.

VARGAS, Jonas. O Homem As Drogas E A Sociedade: Um Estudo Sobre A (Des) Criminalização Do Porte De Drogas Para. P. 1–31 , 2011.

WYLLYS. Jean. Projeto De Lei 7270/ 2014. 2014, P. 1–57.

ZACCONE, Orlando. Acionistas do nada: quem são os traficantes de drogas. Rio de Janeiro: Revan, 2007.