PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS

Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais

Kelly Patrícia Nilo

**SAÚDE E SEGURANÇA NA POLÍTICA DE DROGAS NO BRASIL E EM BH:
avanços e retrocessos de uma política pública.**

Belo Horizonte

2013

Kelly Patrícia Nilo

**SAÚDE E SEGURANÇA NA POLÍTICA DE DROGAS NO BRASIL E EM BH:
avanços e retrocessos de uma política pública.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Aurélio Pimenta de Faria

Belo Horizonte

2013

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

N712s	<p>Nilo, Kelly Patrícia Saúde e segurança na política de drogas no Brasil e em BH: avanços e retrocessos de uma política pública / Kelly Patrícia Nilo. Belo Horizonte, 2013. 120f.: il.</p>
	<p>Orientador: Carlos Aurélio Pimenta de Faria Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais.</p>
	<p>1. Drogas – Controle - Brasil. 2. Crack – Controle – Belo Horizonte (MG). 3. Saúde pública. 4. Segurança pública. 5. Política pública. I. Faria, Carlos Aurélio Pimenta de. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. III. Título.</p>
	SIB PUC MINAS
	CDU: 35(81)

Revisão ortográfica e Normalização Padrão PUC Minas de responsabilidade do autor

Kelly Patrícia Nilo

**SAÚDE E SEGURANÇA NA POLÍTICA DE DROGAS NO BRASIL E EM BH:
avanços e retrocessos de uma política pública.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

Prof. Dr. Carlos Aurélio Pimenta de Faria (Orientador) – PUC Minas

Prof. Dr. José Ângelo Machado – UFMG

Prof^a. Dr^a. Regina de Paula Medeiros – PUC Minas

Belo Horizonte, 16 de setembro de 2013.

*Ao Nino,
porque realizaçãõ sem amor nãõ tem sabor*

AGRADECIMENTOS

Uma produção, qualquer que seja ela, nunca é feita por uma pessoa apenas. Tive sempre comigo, amigos, parceiros, colaboradores que fizeram diferença enorme nesta minha travessia. Certamente, não sou mais a mesma e devo, sobretudo, a essas pessoas:

Ao querido professor Carlos Aurélio, meu orientador, que para além de seu papel formal, assumiu a função de grande estimulador, muito antes de eu começar a escrever. Nos últimos dias me senti como o corredor que vê a faixa a ser atravessada apontando no horizonte, mas ela está em pano de fundo. Seu treinador torcendo, vibrando é a figura principal. Cheguei sem tombar, professor. Minha eterna gratidão estará com você!

Aos meus pais queridos, que compreenderam minha ausência e sofreram com ela, mas souberam me esperar. Farei o possível para ter mais tempo com vocês agora, amados.

À minha equipe atual e a anterior que soube compreender meus dias de cansaço, meus lapsos de memória pela fadiga mental, acreditando que eu estava fazendo o melhor que podia. Muitíssimo obrigada, pelos sorrisos, pelos abraços carinhosos, e, sobretudo, pela confiança depositada em mim.

À minha irmã de alma, Giovanna, por cuidar de mim, como só ela sabe fazer. Cura Quântica, Deeksha... Você sempre à frente do nosso tempo e sempre generosa com todos os filhos de Deus.

Às “Carols”, vizinhas queridas, que ofertaram muito mais do que recomendam a gentileza e a urbanidade aos vizinhos. Uma comidinha caseira, a leitura atenta do meu texto, o carinho e defesa incondicional dos meus pequenos. Muito obrigada, pelo carinho do dia a dia.

À Kelen, pelo ânimo, estímulo, exemplo de força e determinação. Foi a minha colega de mestrado que se manteve próxima. A primeira que conversei e que conheci. Espero continuar tendo a honra de sua amizade, guerreira!

Algum dia, quando a descriminalização das drogas for uma realidade, os historiadores olharão para trás e sentirão o mesmo arrepio que hoje nos produz a inquisição. (Mac Niven, 2010)

RESUMO

Esta dissertação tem como tema a política de drogas brasileira e como objeto o plano do governo federal intitulado *Crack, é possível vencer*, lançado no dia 07/12/2011 e, sobretudo, os desdobramentos dessa nova política do Governo Federal na capital mineira. O objetivo central deste estudo foi levantar os pontos em que esse conjunto de ações muda em relação à última política do Ministério da Saúde voltada à atenção integral dos usuários de álcool e outras drogas, publicada em 2003. Após pesquisa bibliográfica sobre a história das drogas e sua proximidade com a vida humana, sobre a legislação e política de drogas no Brasil e o surgimento e expansão do fenômeno crack, foram realizadas oito entrevistas em profundidade, a partir de um roteiro pré-estabelecido, com pessoas estrategicamente envolvidas no atual plano municipal de política de drogas para a cidade belo-horizontina. Os resultados mostram que, do ponto de vista dos direitos civis do usuário, o governo municipal corre o risco de retroceder porque tem se posicionado cada vez mais condescendente com ações promovidas especialmente pelo ente estadual, de conteúdo alarmista, como internações involuntárias, compulsórias e tratamento em instituições fechadas. A intersectorialidade que poderia encontrar nessa atual conjuntura uma vereda propícia para o desenvolvimento e enriquecimento das discussões sobre o tema, esbarra em convicções fechadas e pouco sensíveis a negociações entre as partes. A Saúde e Segurança pública ainda seguem como protagonistas na temática sobre as drogas. No entanto, muito embora, nos últimos anos adotaram posicionamento políticos divergentes, com a Saúde propondo o tratamento voluntário daqueles que fazem um uso prejudicial de drogas, visando reduzir os danos que a substância causa em seu organismo e a Segurança apostando na redução da demanda por drogas através do aprisionamento, especialmente de usuários e pequenos traficantes, levando ao maior encarceramento da história brasileira, ensaiam agora perigosa aproximação no território de BH, realizando ações higienistas como remoção de usuários das ruas e tratamento forçado, imposto pela justiça.

Palavras chave: Drogas. Crack. Políticas Públicas. Saúde. Segurança.

ABSTRACT

This essay is addressing the Brazilian's drug policy and its object is the plan of the federal government titled *Crack, it is possible to win*, released on 07/12/2011. The goal of this study is to identify the points in which these set of actions changed over the last policy of the Ministry of Health focused on comprehensive care of alcohol users and other drugs, published in 2003. After bibliographic research on the history of drugs and its proximity to human life, legislation and drug policy in Brazil, the emerge and expansion of the crack phenomenon, there were made eight in-depth interviews from a semi-structured questionnaire, with people involved in the current strategic plan for drug policy for the county of Belo Horizonte. The results show that from the point of view of civil rights of the users, the county government runs the risk of receding because it has positioned itself increasingly condescending actions promoted especially by the state entity, having alarmist contents such as involuntary hospitalization, compulsory treatment and in closed institutions. Intersectoriality could find this juncture a path leading to development and enrichment discussions on the subject, but it also bumps into closed convictions and insensitive to negotiations between the sides. The Health and Public Security still follow as protagonists in the theme of drugs. Although, in recent years, they have adopted divergent political positions: health proposed treatment with the patient's consent in order to reduce the damage that it has caused in the body; on the other hand, security invested in reducing drug demand through trapping small dealers, leading to the highest incarceration in Brazilian's history, rehearsing a dangerous approach within BH's territory, performing hygienists actions such as removing users from the streets and forcing treatment, supported by the law.

Key-words : Drugs. Crack. Public Policy. Health. Security.

LISTA DE SIGLAS

ABORDA - Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPSAD - Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e outras Drogas
CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental
CFP - Conselho Federal de Psicologia
CGPD - Câmara Gestora da Política sobre drogas
CNFE - Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes
CNSM – Coordenação Nacional de Saúde Mental
CONFEN - Conselho Federal de Entorpecentes
CONAD – Conselho Nacional Antidrogas
CRAS - Centro de Referência em Assistência Social
CREAS - Centro de Referência Especializado em Assistência Social
CT - Comunidades Terapêuticas
DEPEN - Departamento Penitenciário Nacional
EUA – Estados Unidos da América
FDA - *Food and Drug Act*
FMC - Fundação Municipal de Cultura
FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
LEAP – *Law Enforcement Against Prohibition*
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização Não Governamental
ONU – Organização das Nações Unidas
PBH - Prefeitura de Belo Horizonte
PROAD - Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes
RAPS - Rede de Atenção Psicossocial
RD - Redução de Danos
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEDS – Secretaria de Defesa Social
SMAAS - Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social

SMATE - Secretaria Municipal Adjunta de Trabalho e Emprego

SMED - Secretaria Municipal de Educação

SMEL - Secretaria Municipal de Esporte e Lazer

SMGO - Secretaria Municipal de Governo

SMSA - Secretária Municipal de Saúde

SENAD - Secretaria Nacional Antidrogas

SINE - Sistema Nacional de Empregos

SISNAD - Sistema Nacional Antidrogas

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

UA – Unidades de Acolhimento

UDI - Usuários de Drogas Injetáveis

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UPP – Unidades de Polícia Pacificadora

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 A POLÍTICA ANTIDROGAS NO BRASIL: O TRADICIONAL FOCO NO PROIBICIONISMO	19
2.1 A concepção do fenômeno droga e seus reflexos naqueles que a utilizam	24
2.2 Proibicionismo: modelo norte-americano.....	30
2.3 Reflexos do proibicionismo na legislação brasileira sobre drogas	34
2.3.1 <i>Redução de Danos: proposta terapêutica ou indução ao uso?</i>	45
2.3.2 <i>Comunidades Terapêuticas: para iniciar, a abstinência.....</i>	48
2.4 A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas: ousadia e inovação	52
2.5 O usuário e a nova Lei de drogas: descriminalização do uso?	55
3 CRACK: O QUE É PRECISO VENCER?	60
3.1 A emergência do fenômeno crack na sociedade brasileira	61
3.2 Os Governos Lula e Dilma e a nova política sobre drogas	70
3.3 O programa “Crack: é possível vencer!”	79
4 OS DESDOBRAMENTOS DO PLANO CRACK, É POSSÍVEL VENCER EM BH..	84
4.1 A Reforma Psiquiátrica mineira e a política de Saúde Mental em Belo Horizonte	85
4.2 O Programa “Recomeço” de Belo Horizonte: o que se reinicia afinal?	93
4.2.1 <i>A conjuntura política e social que antecede o lançamento do Programa Recomeço, em Belo Horizonte</i>	<i>93</i>
4.2.2 <i>A Implementação do Programa Recomeço</i>	<i>99</i>
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	108
REFERÊNCIAS	113

1 INTRODUÇÃO

Este estudo tem como tema a política sobre drogas no Brasil e como objeto de estudo o conjunto de ações do Governo Federal “*Crack, é possível vencer*” lançado em dezembro de 2011. Essa nova política despertou polêmica entre setores da sociedade civil organizada, como o Conselho Federal de Psicologia, Fórum Mineiro de Saúde Mental e parcela significativa do coletivo de trabalhadores e gestores da área de Saúde Mental, pertencente ao setor da Saúde, porque apresenta pontos dissonantes em aspectos fundamentais ao último posicionamento político oficial do Ministério da Saúde. Em 2003, essa agência governamental lançou uma política considerada arrojada para a sua época por defender a Redução de Danos como estratégia privilegiada no cuidado daqueles que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Ademais, essa política de 2003 preconiza que as drogas sempre fizeram parte da história da humanidade e que, portanto, a saúde deve se ocupar apenas dos casos onde o consumo de substância psicoativa ocasiona prejuízo para a vida do indivíduo. O tratamento deve ser feito em serviços abertos, preservando os laços familiares e sociais do paciente, melhor forma de lidar com esse desafio, de acordo com o Ministério da Saúde.

Um dos pontos que a atual política muda é o ineditismo da possibilidade do repasse de recurso público às ditas Comunidades Terapêuticas, entidades pertencentes em sua grande maioria a grupos religiosos que defendem a abstinência, o trabalho e a disciplina como estratégias de tratamento. Essas instituições passam a serem reconhecidas pelo Estado como locus ideal de tratamento do dependente químico. Pronunciamentos do Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, defendendo tanto o tratamento involuntário, isto é, feito sem o consentimento do paciente, por um médico, quanto o compulsório, a mando do juiz, sem necessariamente, anteceder a uma avaliação médica, causou também grande incômodo em alguns setores da sociedade.

Antes da iniciação da pesquisa existiam dúvidas como os motivos dessa alteração de posicionamento político do representante máximo da Saúde do país e como a capital mineira reagiria a essa nova política. Porque a mesma possuía uma política exitosa na desospitalização psiquiátrica, e, por extensão, no tratamento dos usuários da saúde mental, onde se incluem aqueles que fazem uso prejudicial de drogas, em serviços abertos, com base no território e com a parceria e participação da família e sociedade. Era, portanto, um enigma a forma como essa política federal se desdobraria e seria implementada na capital mineira, cujo território já era desenhado por uma rede de atenção com diversos equipamentos e estratégias de cuidado que respeitavam e consideravam os direitos civis e a liberdade do usuário.

Portanto, este estudo teve o objetivo de identificar os principais motivos que fizeram o Governo Federal lançar em dezembro de 2011, mais especificamente no dia 07, um conjunto de ações intitulado “*Crack, é possível vencer*” com pontos em franco desacordo com a política do Ministério da Saúde lançada em 2003. Como objetivo subsidiário a pesquisa se propôs a levantar os pontos que o conjunto de ações do Governo Federal muda em relação à política de 2003 do Ministério da Saúde; lançar luz sobre os motivos dessa mudança; revelar como as agências da Saúde e Segurança historicamente abordaram o tema da droga; analisar a forma como a capital mineira executou suas ações de atenção aos usuários de drogas em BH desde o início da Reforma Psiquiátrica, iniciada em 1992, e finalmente, discutir a forma que a Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) e a Secretaria de Saúde respondem ao conjunto de ações “*Crack, é possível vencer*”. Partimos da hipótese inicial de que a atual política proposta pelo Governo Federal representa, não apenas se consideramos o âmbito nacional, mas principalmente o municipal, um retrocesso na forma do Estado lidar com os seus cidadãos que fazem uso prejudicial de drogas.

Entendemos que este estudo possui interesse acadêmico e empírico. Do ponto de vista da academia, essa pesquisa acrescenta ao saber das Políticas Públicas, eixo estrutural das Ciências Sociais, por demonstrar como a implementação de políticas pode ocorrer de forma fragmentada ou coordenada e como um ente federado pode intervir para o sucesso ou fracasso de determinada política. Esse estudo também agrega ao saber Antropológico, pela proximidade do tema com um importante desafio social que é o fenômeno do crack na sociedade brasileira e as fantasias que ele desperta nas mentes das pessoas que habitam os grandes centros urbanos.

Em relação à empiria, o presente estudo revela através de uma retrospectiva histórica a vocação da cidade belo-horizontina para os movimentos sociais e sua ousadia na implementação de uma política que tornou possível inserir na cena urbana o portador de sofrimento mental grave, e, por conseguinte, o diferente, o marginal e os riscos de uma involução, do ponto de vista da cidadania desses usuários. A pesquisa mostra também como as instituições, públicas ou não, podem contribuir para o fortalecimento ou a superação da vulnerabilidade social de alguns.

O percurso profissional e a trajetória¹ da autora nesta rede de atenção ao portador de

¹ A autora é psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde desde 2002 e atuou como Referência Técnica de um Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), Centro de Convivência e Centro de Saúde, dispositivos que compõem a rede de saúde mental em BH, durante 6 anos. Desde 2008 está na gerência, inicialmente em um dos sete Cersams voltados ao portador de sofrimento mental grave e a partir de 2013 na gerência de um CERSAMAD específico para o público que faz uso prejudicial de drogas.

sofrimento mental grave contribuíram para alimentar o interesse, motivação e desejo em saber sobre o objeto de estudo. No entanto, se essa experiência trouxe facilidade de acesso ao campo empírico, ocasionou também, grande expectativa em relação ao porvir. Isto porque durante a elaboração da pesquisa foram realizadas diversas reuniões e debates sobre o assunto, dentro da agenda profissional da autora. Essas reuniões muitas vezes contribuíram para abrir novas perspectivas de mudança e construção na atual política de saúde. No entanto, a autora foi apenas um pequeno e quase insignificante partícipe deste processo, em muitos momentos impotente diante de decisões já vindas de esferas superiores do governo, onde o que podia ser feito era reduzir minimamente o dano da política que seria adotada. Afirmo que esse objeto, as alterações na política local, a partir de um posicionamento federal, foi se desenhando e tomando forma diante de meus olhos, na medida em que a pesquisa era desenvolvida.

Como recurso metodológico essa pesquisa se valeu inicialmente de um levantamento bibliográfico da obra de diversos autores que traçaram a história das drogas no Brasil e no mundo, mas especificamente o “mundo” norte americano que ditou o modelo que boa parte dos estados modernos adotou para lidar com a problemática das drogas. Trata-se do paradigma proibicionista, que tem como ideal um mundo livre de drogas e, conseqüentemente, das pessoas que delas façam uso. Após esse resgate da história sobre drogas e humanidade realizamos um levantamento de como o modelo estadunidense proibicionista influenciou as políticas públicas adotadas em nosso país. Como a Saúde, em parceria com a Segurança Pública se aliaram ao governo para intervir na forma com que as pessoas utilizam seus corpos para obter prazer. O passo seguinte foi fazer um estudo também teórico de como surge o fenômeno crack no território brasileiro, quais as repercussões que ele engendra em termos sociais e midiáticos. O crack tem sido uma substância que entorpece a razão daqueles que sobre ele tomam a palavra². Após o levantamento bibliográfico decidimos investigar a forma como o legislativo, tanto na esfera Federal, quanto Estadual e Municipal debateram sobre o tema. Para isso foi realizada uma leitura de atas disponíveis na internet de audiências públicas que aconteceram no Legislativo durante todo o ano de 2011.

Iniciamos então, a pesquisa empírica e para ir a campo, optamos pela metodologia de pesquisa qualitativa porque gostaríamos de conhecer a opinião, os sentimentos e as sensações dos entrevistados sobre o tema investigado. Para esta etapa foram realizadas entrevistas

² Há um coletivo chamado “Desentorpecendo a razão” que critica duramente o proibicionismo no Brasil e que defende a desmilitarização da polícia e a liberalização do uso e comércio de toda droga.

individuais em profundidade com roteiro previamente elaborado com oito personalidades-chaves desse cenário de mudança em BH sobre a política de drogas. Foram eles: representante da Secretaria Municipal de Governo, que no decorrer desta dissertação passou a responder pela coordenação da política vindoura sobre drogas no município, representante da gestão do Programa *Recomeço*, que representa a parceria do município com o plano federal “*Crack, é possível vencer*”, representante da Coordenação Municipal de Saúde Mental, que até então conduzia essa política na área da Saúde, representante da Câmara Gestora de Política sobre Drogas, órgão formado em 2012, composto por Secretários Municipais com o intuito de elaborar e operacionalizar a nova política municipal de drogas, gestor de um dos Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPSAD), trabalhador de um dos Consultórios de Rua, trabalhador de um CAPS e representante do Fórum Mineiro de Saúde Mental, ONG fundada nos primórdios da Reforma Psiquiátrica mineira e que tem o objetivo de exercer o controle social sobre as políticas de Saúde Mental de Minas Gerais.

Todos os entrevistados estão atuando na rede desde que o órgão ou serviço que eles representam foram criados ou no mínimo há 10 anos, quando se tratava de um órgão ou serviço existente há muitos anos. Explicando melhor, o representante do Fórum Mineiro de Saúde Mental atua nesta ONG desde que ela foi fundada, em 2003. Da mesma forma que o trabalhador do Consultório de Rua está nesse dispositivo desde que ele foi montado em BH, no final de 2010. O representante da Coordenação de Saúde Mental trabalhou os últimos 10 anos nesse órgão da Secretaria Municipal de Saúde. Já o representante do Programa Municipal *Recomeço* está atuando desde que o programa foi criado, em 2012. Isso garantiu a legitimidade da opinião dos entrevistados sobre o assunto aqui abordado. O trabalho de campo iniciou no final do ano de 2012 e se estendeu até agosto de 2013, muito em função da agenda das pessoas que seriam entrevistadas. Como já foi dito, não encontramos dificuldades em acessar essas pessoas, no entanto, a disponibilidade de suas agendas foi fator de atraso para o fechamento do campo.

As entrevistas individuais duraram em torno de uma a duas horas e foram gravadas. Após a transcrição dessas entrevistas os dados foram tratados de acordo com a tríade, ordenação, classificação e análise preliminar propostas por Minayo e outros (1994). Segundo os autores é através da ordenação que os dados obtidos em campo podem ser mapeados e logo após, classificados em categorias específicas, facilitando a análise preliminar. Foi a partir do terceiro capítulo que utilizamos o material das entrevistas, algumas vezes para reforçar o que a literatura já estava apontando, outras para mostrar dados da realidade que ainda não estavam contemplados no levantamento bibliográfico realizado. O relato dos entrevistados nos

auxiliou a compreender melhor o contexto social e político que a Reforma Psiquiátrica aconteceu em BH e como a rede de Saúde Mental em Belo Horizonte mostrou ser um ponto de resistência às mudanças propostas pela nova política Federal.

Tendo em vista o exposto, essa dissertação foi estruturada em cinco capítulos. O primeiro contém a apresentação do tema e o seu objeto de pesquisa, seus objetivos, hipóteses e a metodologia de pesquisa utilizada. No segundo capítulo discutimos a forma como se desenvolveu a política antidrogas no Brasil e como ela foi inspirada no modelo proibicionista norte-americano. Na primeira seção deste capítulo, definimos o termo droga e mostramos como seu sentido sofreu transformações ao longo dos anos. Na seção seguinte falamos do modelo proibicionista estadunidense. Na sequência, mostramos os efeitos da incorporação desse modelo em nosso país e nas políticas públicas adotadas pelo estado brasileiro. Destacamos os reflexos da aliança construída entre o saber médico e a Segurança nas ações do Governo no que tange a problemática sobre drogas. E ainda no segundo capítulo falamos das duas metodologias – a Redução de Danos e a Comunidade Terapêutica – que representaram as divergências surgidas entre dois braços do executivo, a Saúde e a Segurança, em suas posições sobre o fenômeno drogas, no final do século XX. Descrevemos o posicionamento do Ministério da Saúde separadamente, dada sua importância e ineditismo nas políticas públicas brasileiras sobre drogas. Mesmo que tardiamente, o setor da Saúde adota uma posição mais humanizada, com maior flexibilidade para as estratégias de cuidados aos usuários de drogas, contribuindo para que os mesmos passassem a serem vistos como cidadãos, pessoas portadoras de direitos civis e, portanto, merecedoras de atenção e não mais apenas como transgressores da norma vigente. E, encerrando o segundo capítulo, discutimos a atual legislação brasileira sobre drogas e as polêmicas levantadas sobre a forma como o usuário de drogas ilícitas é visto perante a Lei.

No terceiro capítulo discutimos a emergência e expansão do fenômeno crack no cenário brasileiro. As polêmicas e equívocos que são tomados àqueles que se dispõem a tecer comentários sobre esse fenômeno social. O crack simboliza hoje, em 2013, todas as mazelas sociais. É a substância demonizada pela sociedade, mídia e governo. Considerado uma entidade possuidora de poderes em alterar a personalidade de seu consumidor e retirar dele toda a capacidade de discernimento e razão. E, em nome da razão a história nos mostra que é possível cometer atrocidades. Vide o holocausto da Segunda Guerra Mundial e o grande enclausuramento dos que foram, em determinada época, classificados como loucos. As falas sobre o crack são habitualmente contaminadas por um discurso moral e alarmista, onde a

reflexão ponderada, baseada em fatos, é a exceção. É assim que tanto o executivo, quanto o legislativo nas três esferas passaram a se posicionar desde o final de 2010.

No quarto capítulo discutiremos sobre a implantação do plano do governo federal na cidade de BH e seus efeitos. O contexto social e político que ele se insere e as primeiras repercussões da adesão do município ao conjunto de ações “*Crack, é possível vencer*”. No quinto e último capítulo faremos nossas considerações finais.

2 A POLÍTICA ANTIDROGAS NO BRASIL: O TRADICIONAL FOCO NO PROIBICIONISMO

O contrário da dependência não é a abstinência, o contrário da dependência é a liberdade. (SILVERIA FILHO, 1996, p15.)

Em nosso país, as políticas públicas relacionadas às drogas sempre estiveram fortemente embasadas no proibicionismo. Segundo Karam (2010), pode-se definir o proibicionismo como uma ideologia de fundo moral, que se desdobra em ações políticas cujo objetivo é controlar fenômenos, comportamentos ou produtos considerados reprováveis pela sociedade ou por um segmento dela. Para isso, o aparelho estatal utiliza o sistema penal produzindo leis que regulam condutas que podem interferir nos corpos dos governados desconsiderando suas escolhas pessoais, ainda que, o comportamento controlado não implique em dano para terceiros. O jogo, a eutanásia e a prostituição são exemplos de fenômenos condenados socialmente, o que faz com que o aparelho estatal estabeleça leis para coibi-los.

Em relação às drogas, o proibicionismo defende que tanto as substâncias, quanto o seu consumo e comercialização devem ser banidos. Essa ideologia é inspirada na política de “Guerra às Drogas” difundida pelos EUA, especialmente após a Segunda Guerra Mundial e seguida por diversos países. O proibicionismo sempre esteve presente nas intervenções do governo brasileiro sobre o tema, tendo seu início a partir do século XX. Mais recentemente, contudo, diversos autores como Karam (2012), Machado (2006), Moraes (2005), Rodrigues (2004) e representantes de vários países, como os que compõem a atual Comissão Global de Políticas sobre Drogas, se contrapõem a essa política proibicionista. A Comissão, que tem como líder o sociólogo e ex-presidente brasileiro Fernando Henrique Cardoso, elaborou um relatório datado de junho de 2011, onde consta que a intenção do grupo é estabelecer um debate de alcance universal, fundamentado em parâmetros científicos sobre as possíveis formas de reduzir os efeitos danosos das drogas às pessoas e à sociedade. Não é por acaso que essa coligação reforça a importância da abordagem da temática das drogas sob um ponto de vista científico. Como veremos, historicamente, essa abordagem foi contaminada por discursos religiosos e moralistas.

Dois documentários questionam o discurso proibicionista através de depoimentos nacionais e internacionais de médicos, pesquisadores, advogados, políticos, policiais e membros da sociedade civil. Um deles é intitulado “Cortina de Fumaça”, dirigido por Rodrigo Mac Niven (2010) e outro se chama “Quebrando o Tabu” (2011), que tem como âncora Fernando Henrique Cardoso.

De fato, vários argumentos tornam o proibicionismo controverso. Um deles afirma que enquanto uma ideologia que embasa políticas públicas adotadas mundialmente, a guerra às drogas, não é guerra às drogas. Não há uma guerra em questão quando se tem como adversário um objeto inanimado. As políticas, assim como as guerras, visam e atingem pessoas, ou seja, ao ser “antidrogas” o Estado está sendo antiusuário de drogas. As ações do Estado são inócuas em relação às substâncias que não deixarão de ser produzidas pela natureza, mas elas atingem as pessoas que estabelecem relação com toda droga ilícita, ou seja, todos aqueles que produzem, vendem, compram e fazem uso destas drogas.

Esse é um dos argumentos da jurista Maria Lúcia Karam, membro da diretoria do *Law Enforcement Against Prohibition* (LEAP), ativista que assina diversos textos contestando o proibicionismo. Segundo Karam (2012), não existe droga violenta, nem comércio em si violento, mas é a ilegalidade da produção, comércio e uso que disseminam a violência em tudo que envolve as substâncias tornadas ilícitas. Além disso, é importante lembrar que não existe guerra sem armas. O tráfico de drogas faz um casamento indissolúvel com o tráfico de armas, o que faz pensar que o proibicionismo alimenta interesses econômicos, sobretudo dos países produtores de armamento, como os EUA que são grandes fornecedores mundiais desse objeto fatal para a vida. Portanto, nesse aspecto, a “Guerra às Drogas” é uma resposta à interesses econômicos.

Embora a “Guerra às Drogas” também atenda a interesses econômicos, é importante lembrar que ela não alcança de maneira uniforme todos os extratos sociais. De acordo com Karam (2012), no Brasil, a guerra às drogas atinge principalmente os muito jovens, pobres, especialmente negros, sem grandes perspectivas de vida, que enxergam no tráfico uma das poucas opções de ascensão em uma sociedade onde o consumo representa não meramente uma escolha, mas quase um imperativo. Esses jovens matam e morrem enfrentando a polícia, seus delatores e concorrentes. São denominados traficantes pela sociedade e pela mídia, mas podem também ser vistos como trabalhadores de um comércio ilegal e, por isso, violento. Como não sobrevivem por muito tempo, esses jovens logo são substituídos por outros, fazendo girar uma roda perversa de violência e exclusão social. É interessante pensar porque a mídia insiste em manter seus holofotes nesse âmbito da cadeia de distribuição das drogas, ou seja, no varejo. Pouco ou quase nada se discute sobre o topo da pirâmide do comércio das drogas ilícitas, onde se encontram os grandes traficantes.

É também o racismo que, segundo Karam (2012), norteia o encarceramento decorrente da “Guerra às Drogas” nos EUA. Esse é mais pungente do que o que ocorreu na África do Sul, em plena vigência do regime totalitário e racista *apartheid*. De acordo com Toledo

(2010) no ano de 1993, no vigor deste regime, a proporção dos encarcerados foi de 851 por cem mil negros. Se for considerada somente a população negra norte-americana, 6.667 são encarcerados a cada cem mil habitantes. Embora pequena parcela (13,5%) dos envolvidos com as drogas sejam negros, eles correspondem a 80% dos encarcerados, 60% dos detidos nas prisões estaduais norte-americanas por crimes relacionados às drogas e 81% dos acusados por violação a leis federais relativas às drogas.

No Brasil, a “Guerra às Drogas” é a principal responsável pelo encarceramento, segundo parecer do Conselho Federal de Psicologia (2013) sobre o Projeto de Lei nº 7663/2010. Consta nesse parecer que, de acordo com o Ministério da Justiça, através de seu Departamento Penitenciário Nacional (Depen), em meados de 2012, a massa carcerária brasileira era de aproximadamente 550 mil pessoas, ou seja, 288,14 presos para cada 100 mil habitantes, uma das mais altas do mundo. E o delito responsável pelo maior número de presos é justamente o de tráfico de drogas: 26,4% da população presa. Tem-se noção do disparate desses números ao comparar esse índice com outros crimes. A proporção de presos condenados por latrocínio no Brasil é de 2,9% do total; dos condenados por estupro, 2,4% e 0,1% da massa carcerária brasileira responde pelo crime de corrupção ativa. Poder-se-ia deduzir que esses números indicam que a polícia investigativa só é eficiente quando o assunto é tráfico de drogas, no entanto, como veremos mais adiante não parece ser essa dedução a mais plausível.

Mas há ainda, conforme Karam (2012), outros argumentos levantados pelos que questionam a política proibicionista sobre drogas. Talvez o mais fundamental seja que essa política é baseada em uma concepção imaginária e irreal de um mundo sem drogas. O que significaria dizer que ela desconsidera o fato real de que as drogas sempre estiveram presentes na história da humanidade. A presença perene das drogas na vida humana faz pensar que a tentativa de acabar com sua existência seja, certamente, uma guerra inútil.

Outro forte argumento contra o proibicionismo é que seria ilegítima a intromissão do Estado no uso que os governados fazem de seus corpos e mentes. Essa intervenção, embora esteja baseada em leis que seguem as últimas diretrizes das convenções da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre o tema, ferem direitos fundamentais como os da liberdade individual e os da privacidade. Segundo Karam (2012), criminalizar alguém por estar usando uma determinada substância seria puni-lo por autolesão, o que foi consagrado como “crime sem vítimas” por não afetar concretamente direitos de terceiros, bem como a venda dessa substância, desde que seja com o consentimento de quem compra, ou do suposto lesado, tampouco deveria ferir qualquer direito jurídico.

Outro motivo importante, também apontado por Karam (2012), para por fim à ideologia proibicionista é a lembrança de que as drogas ilícitas, como qualquer outra mercadoria, estão inseridas no mercado e se submetem às suas regras. Ao se dificultar o acesso de uma determinada substância o que a história mostra é que outras surgem ou intensificam sua presença no mercado. Foi assim com o uísque e o gim que tiveram suas vendas incrementadas em substituição ao álcool e o vinho pela dificuldade de acesso no vigor da Lei Seca nos EUA. Também, dessa forma, ocorreu com a heroína injetada que surgiu como resposta à proibição do ópio e o contemporâneo crack criado como opção mais barata e de produção e repasse mais fácil do que a cocaína em pó. É notório que as substâncias criadas ou potencializadas pelo mercado são mais nocivas e deletérias à saúde do consumidor do que as originais. Enfim, o proibicionismo não se justificaria porque “onde houver demanda, sempre haverá oferta” (KARAM, 2012, p. 119).

No entanto, há outros autores que se contrapõem a esses argumentos. Alguns são representantes do saber médico, como o psiquiatra Ronaldo Laranjeira. O autor foca sua argumentação nos efeitos das substâncias no organismo de quem as consome, ressaltando seus efeitos nocivos, sua capacidade em criar dependência. De acordo com Laranjeira (2010), sua defesa em favor do proibicionismo não é baseada em princípios morais e, sim, éticos e científicos. A legalização das drogas certamente diminuiria a violência que acompanha o mercado do tráfico, mas ela também elevaria o consumo coletivo dessas substâncias. Deste modo, sendo mais acessíveis, a oferta aumentaria, fazendo o preço abaixar. Jovens em busca de novidade não encontrariam dificuldades em experimentar as substâncias tornadas lícitas, o que acarretaria em maior experimentação e, conseqüentemente, maior aumento dos casos de dependência.

Ronaldo Laranjeira ressalta a diferenciação do dano que a droga pode causar ao indivíduo e o dano que ela pode causar na sociedade em que ele vive. Em outras palavras, a questão que Laranjeira coloca é “até onde vão os direitos individuais dos usuários de drogas e onde começam os direitos sociais de todos, inclusive o direito à segurança” (ZALUAR, 1994, p.16). Se o dano individual certamente diminuiria com a descriminalização das drogas uma vez que o consumidor não precisaria mais recorrer ao perigoso comércio ilegal das drogas não se expondo aos riscos de um mercado violento, uma maior parcela da população utilizando drogas traria maiores problemas à sociedade tais como a dissolução dos laços familiares e um maior adoecimento. Como consequência, haveria significativa elevação com os gastos do sistema de saúde. Portanto, esse viés argumentativo também possui sua fragilidade, pois é centrado na droga, no seu potencial em causar dependência, desconsiderando o fato de que

esse potencial pode sofrer influência das características psíquicas e sociais de quem as consome, como veremos mais adiante.

Outra argumentação que se contrapõe aos que defendem a legalização das drogas é sobre a ausência de um debate consistente sobre como se daria essa descriminalização. As drogas tornadas legais seriam vendidas? Com que critério? O governo forneceria a droga aos que são dependentes? E os que não são dependentes? Qual seria a quantidade fornecida? Laranjeira (2010) acredita na possibilidade de continuar existindo um mercado negro de drogas, também violento, para aqueles que não conseguissem comprar a substância controlada pelo governo por falta de recurso financeiro ou por não atender critérios pré-estabelecidos. Ou seja, os mais desfavorecidos, aqueles que hoje são os que pagam mais caro pela ilegalidade das drogas, como exposto anteriormente, poderiam continuar prejudicados com a legalização das drogas.

Enfim, a problemática sobre as drogas não é simples, nem fácil de ser resolvida. No entanto, tentaremos aprofundar um pouco mais nessas questões a partir do levantamento bibliográfico e nas fundamentações baseadas na pesquisa de campo. Nesse momento, torna-se importante lembrar que ações intervencionistas do Estado sempre estiveram presentes desde as origens da urbanização/industrialização das primeiras cidades brasileiras, intercedendo nos cortiços formados pela classe empobrecida cujos hábitos e costumes incomodavam a elite. Essa insatisfação de fundo moral embasou as origens do proibicionismo em nosso país.

Com este capítulo, pretendemos mostrar como se deu historicamente o posicionamento do governo brasileiro em relação à problemática sobre drogas. Veremos que houve avanços e retrocessos, oscilações nas formas do Estado agir. Por vezes, se manifestando através de políticas públicas mais repressivas e, por outras, mais permissivas, embora o proibicionismo não deixasse de ser a linha mestra do Governo em relação a essa temática. Para isso, faremos o recorte do que é, para este estudo, “droga”, discutiremos o sentido complexo desse termo e como as transformações históricas que ele sofreu repercutiram na vida e nas formas de uso de seus consumidores. Também aprofundaremos no modelo proibicionista norte-americano e os efeitos da incorporação desse modelo em nosso país e nas políticas públicas adotadas pelo estado brasileiro. Destacaremos os reflexos da aliança construída entre o saber médico e a Segurança nas ações do Governo no que tange a problemática sobre drogas. Faremos duas pequenas digressões no final desta seção para descrever duas metodologias – a Redução de Danos e a Comunidade Terapêutica – que representaram as divergências que surgiram entre dois braços do executivo, a Saúde e a

Segurança, em suas posições sobre o fenômeno drogas, no final do século XX. Dito isto, descreveremos a política do Ministério da Saúde de 2003 separadamente, dada a importância e ineditismo desta posição na temática sobre as drogas no Brasil. E, encerrando o capítulo, citaremos a atual legislação brasileira sobre drogas e as polêmicas levantadas sobre a forma como o usuário de drogas ilícitas é visto perante a Lei. Faremos uma breve conclusão e passaremos para o próximo capítulo, onde o tema central será a substância que, nos últimos anos, despertou um fervoroso debate na sociedade em seus diversos segmentos: o crack e a resposta do governo no enfrentamento deste problema.

2.1 A concepção do fenômeno droga e seus reflexos naqueles que a utilizam

A definição de “drogas” é problemática pela inexistência de uma concepção clara e unívoca de seu significado. Ademais, sua acepção polissêmica pode ser constatada a partir de uma breve verificação no dicionário Houaiss (2004, p. 261). Nele há pelo menos três definições para este verbete. A primeira se refere à ideia de droga como matéria prima: “ingrediente usado em tinturaria, farmácia ou laboratório químico”. Na segunda definição, há uma associação direta entre seus efeitos e os danos que ocasiona: “substância que altera a consciência humana e que causa dependência” e o terceiro, talvez decorrente desse segundo sentido, faz dela sinônimo de algo maligno ou desprezível: “coisa ruim ou sem valor”. Desse modo, a segunda definição sugere que, quem experimenta droga pode tornar-se dependente da mesma, supondo um poder da substância sobre quem a consome.

No entanto, nem sempre a palavra droga teve esse sentido de substância possuidora de um poder nefasto sobre o homem. Carneiro (2005), faz um resgate histórico da significação deste termo, elucidando seu sentido pejorativo da atualidade. Nesse sentido, consideramos relevante situar como o significado desta palavra se transformou, ao longo da História, numa tentativa de “desnaturalizar” um conceito que, hoje, parece ter sido cristalizado em significações pejorativas.

Contudo, antes de realizarmos esse resgate histórico, queremos deixar claro que durante esse estudo, quando utilizarmos a terminologia “droga” será no mesmo sentido adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que a define como “qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas produzindo alteração em seu funcionamento”. E as drogas psicotrópicas ou psicoativas são aquelas que agem no sistema nervoso central, alterando de alguma forma o

psiquismo humano. (apud OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÃO SOBRE DROGAS, 2013).

Historicamente o termo “droga” foi impregnado de significações negativas como conseqüência de interesses políticos e econômicos. Segundo MacRae (2010), as drogas estão presentes na vida humana desde tempos imemoriais. Inicialmente, elas possuíam a finalidade de curar doenças, atingir estados de êxtase em rituais religiosos, ou mesmo manter a saúde, que era relacionada ao equilíbrio entre forças do espírito e da natureza. Nesta visão, portanto, as drogas serviam para completar algo que faltava ao homem, religá-lo às suas origens e equilibrar suas forças.

O documentário intitulado “Cortina de Fumaça” (2010) mostra que as propriedades de algumas substâncias de produzir estados alterados da consciência fizeram com que as mesmas fossem utilizadas em quase todos os rituais religiosos das sociedades. O vinho, que representa o sangue de Cristo na Eucaristia é um exemplo emblemático da relação entre drogas e religião. É muito conhecida também a passagem que Jesus transforma a água em vinho, mostrando ser esse mais valioso que a água. O domínio da Igreja Católica ao longo dos séculos, certamente, relaciona-se com a aceitação social que o álcool possui ainda hoje e seu status de droga lícita, embora os malefícios decorrentes de um uso problemático dessa substância sejam amplamente conhecidos pela medicina.

De acordo com Carneiro (2005), a palavra droga provavelmente advém da língua holandesa, onde *drogg* tinha o sentido de “produtos secos”. A palavra droga referia-se às substâncias advindas da natureza, ervas que eram utilizadas tanto na alimentação como na tinturaria ou na medicina, incluindo àquelas utilizadas para obter prazer. Em algumas civilizações, o limiar entre uma substância que alimenta e outra que cura não era tão diferenciado e controlado como é em nossos tempos. Uma mesma substância, além de alimentar o corpo, poderia servir como alimento para o espírito, resultando em sensação de prazer e euforia aos que a utilizavam. Ou seja, a finalidade de uma droga era definida por quem a usava, de acordo com sua necessidade. Na época colonial, a sociedade brasileira era um exemplo onde essas barreiras eram tênues ou inexistentes.

Os livros didáticos de história ensinam que as grandes navegações levaram ao equívoco do “descobrimento” do continente americano, pois a intenção inicial era se chegar à Índia passando ao largo do mar mediterrâneo, sob o domínio dos mouros e das nações italianas, para adquirir as famosas especiarias das Índias Orientais. De acordo com Carneiro (2005), canela, gengibre, pimenta, almíscar, dentre outros eram consideradas o ouro das Índias e fontes de cobiça entre os Europeus especialmente por incrementar a culinária fria dos

países do norte da Europa. No entanto, tais livros geralmente não revelam que essas especiarias eram naquela época denominadas drogas.

Os europeus não chegaram à Índia como pretendiam, mas encontraram no Brasil outras drogas que também foram apreciadas, inicialmente o pau-brasil e o açúcar e, posteriormente, copaíba, cabreúva, quina, cacau e tabaco. Carneiro (2005), cita diversas obras entre os séculos XVIII e XIX onde os autores se referem aos produtos naturais e exóticos encontrados no Brasil como drogas. Valiosas pela diversidade de uso, elas não eram relacionadas à compulsão ou ao vício, ou seja, eram totalmente desarticuladas da acepção de algo ruim ou destituídas do valor que essa palavra adquiriu nos dias atuais. Preservar a saúde, prolongar a vida e despertar os sentidos são algumas das atribuições que aparecem na pesquisa de Carneiro (2005), dessas drogas genuinamente brasileiras. Guardiões das virtudes dessas plantas preciosas, os índios foram muitas vezes expropriados e atacados por não revelar tão facilmente seus segredos.

Em relação à importância econômica que as drogas sempre tiveram, Carneiro (2005) lembra que a maior parte da mão de obra escrava trazida da África foi adquirida por escambo. Trocavam-se homens por aguardente e tabaco. Em contrapartida, foram os primeiros escravos que trouxeram a maconha, considerada como divina por algumas tribos africanas para o território brasileiro. O autor também afirma que o desenvolvimento da economia moderna e a proibição do uso de certas substâncias estão fortemente relacionados. Mostraremos como isso se deu nas próximas seções.

De riqueza exótica, consumidas também para incrementar a alimentação, atualmente o uso de drogas está basicamente associado à obtenção do prazer ou alívio da dor. As principais substâncias localizadas na primeira classificação, com exceção do álcool e do tabaco, tornaram-se ilícitas. As segundas são lícitas. No entanto, essa dicotomia só surgiu após o primeiro quarto do século XX, com a inauguração do discurso proibicionista pelos EUA, como veremos na próxima seção.

MacRae (2010) mostra que a dicotomia arbitrária entre drogas não possui sentido e que prefere a expressão “substância psicoativa” a drogas, por esta estar carregada de sentidos negativos e preconceituosos. Esse preconceito faz com que o usuário de droga seja sempre associado a um dependente. No entanto, ao usar-se o termo substância psicoativa fica mais fácil focar os efeitos da substância e sua atuação na psiquê humana. Praticamente todos os seres humanos são usuários de alguma substância deste tipo como o café, o chá, o açúcar e o chocolate.

Portanto, de acordo com MacRae (2010), não há sentido na distinção entre drogas leves e pesadas porque o mais relevante não é a atuação da substância no organismo, mas especialmente o contexto cultural em que o uso é feito e as condições sociais e psicológicas de quem as usa. Em outras palavras, os efeitos das substâncias psicoativas são determinados por variáveis biopsicossociais.

Em relação aos aspectos sociais das substâncias psicoativas, Gilberto Velho (1994) desmistifica a noção de um “mundo das drogas”. Não há, segundo Velho (1994), em relação às drogas uma rede social diferenciada que comunga das mesmas crenças, valores, estilos de vida e visão de mundo. Há, de fato, diversas maneiras de utilizar as substâncias psicoativas em função de variáveis culturais e sociológicas. Portanto, as pessoas que utilizam drogas pertencem a mundos diversos.

Na mesma direção argumentativa, em sua obra *Nobres e Anjos: um estudo sobre tóxicos e hierarquia*, Velho (2008) conclui que não só os consumidores das drogas ilícitas possuem visões de mundo e ideologias distintas entre eles, mas também que eles interpretam sua condição de consumidores de forma diferenciada, podendo, inclusive, ser esta condição motivo de prestígio e poder. Embora estigmatizado por fazer uso de uma substância ilegal, necessitando, muitas vezes, que a droga seja consumida na clandestinidade, a forma com que os usuários são vistos pelos não usuários depende da classe social a qual pertencem.

Ainda sobre o aspecto social, diversos autores como Zaluar (1994), Velho (2008), Medeiros e Saporì (2010) lembram que a sociedade tece uma representatividade sobre determinados grupos usuários de drogas. Isso é muito claro quando pensamos na associação entre a maconha e o movimento da contra-cultura nos anos 60 ou, mais recentemente, na associação entre “bicho-grilo³” e maconha. O *status quo* que a cocaína transferia aos que a utilizavam, devido ao seu alto custo, é outro exemplo emblemático. E, sobretudo, mais contemporaneamente, a imagem social do crack como a droga dos miseráveis, violentos e criminosos.

Se, de acordo com MacRae (2010), os efeitos das substâncias psicoativas são influenciados não apenas pelas propriedades farmacológicas dessas substâncias, mas também pelo contexto cultural, social e psíquico de seus consumidores, torna-se importante refletir sobre a influência de uma representação social extremamente negativa em relação à

³ Utilizamos aqui o sentido de bicho grilo criado na década de 1960 que caracterizava uma pessoa com estilo de vida similar ao propagado pelo movimento hippie dos norte-americanos. Com o tempo bicho-grilo passou a designar as pessoas com estilo de vida fora dos padrões de consumo e comportamento, que gostavam de usar roupas feitas artesanalmente, estar próximas da natureza, usar maconha e propagar uma vida de paz e amor.

determinada substância nos efeitos em quem a utiliza. Em outras palavras, e tomando como exemplo o crack, droga extremamente demonizada pela sociedade atual, torna-se importante pensar nos efeitos desta representação social nas pessoas que utilizam esta substância, na autoestima dessas pessoas, em suas formas de uso, na agressividade de seu comportamento e, sobretudo, nas possibilidades dos usuários em buscar e encontrar ajuda quando o uso torna-se prejudicial. Em outras palavras, a forma como a sociedade define uma droga influenciará os seus efeitos e, por conseguinte, o comportamento de seu consumidor.

Em contrapartida, Morais (2005) defende a tese de que as substâncias são interpretadas em função de quem as utiliza, o modo como elas são utilizadas e em quais circunstâncias elas são utilizadas. Não são suas características químicas ou seus efeitos fisiológicos que determinarão sua aceitação social. É essa aceitação ou repressão social que será a base para incluí-la na lista de substâncias permitidas ou proibidas juridicamente. Da mesma forma, e pelos mesmos motivos, MacRae (2010) defende que a discriminação entre substância lícita e ilícita não tem muito sentido. Essa classificação tem menos a ver com os aspectos farmacológicos da droga em questão e mais com seus aspectos históricos e políticos. O título de seu artigo, *Não existe droga, a priori* é, neste sentido, bem elucidativo.

Em *Violência e Drogadição*, Elisa Alvarenga (2012), através da teoria psicanalítica, destaca a importância dos aspectos subjetivos do consumidor para o tratamento dos que fazem um uso prejudicial de determinada droga. Quando a medicina começou a se ocupar em tratar o toxicômano, supunha-se que a droga fazia o toxicômano. Ou seja, todos que se drogavam eram considerados toxicômanos e, como tal, necessitariam de tratamento, o que era feito de forma segregativa, com longas internações e sem muita perspectiva de cura. Os psicanalistas subverteram essa lógica ao considerar que o toxicômano é quem faz a droga, ou seja, cada usuário constrói um modo particular de uso e em seu tratamento é importante entender como é a sua relação com a droga.

No entanto, a priori, a questão religiosa é fundamental. Segundo Henrique Carneiro, no documentário *Cortina de Fumaça* (2010), a religião é o alicerce aonde irá se fundamentar as bases morais e, conseqüentemente, jurídicas para o proibicionismo. O cristianismo institui apenas uma droga, o álcool, como legítima, pois, como foi dito anteriormente, o vinho representa na Eucaristia o sangue de Cristo. No entanto, o protestantismo defende que o uso do álcool também é pecaminoso, pois está associado ao hedonismo, ou seja, o uso com a única finalidade de cultivar o prazer. O puritanismo implicou também em uma espécie de controle das fontes de prazer das populações, especialmente as minoritárias. É esse

movimento puritano que dará origem em 1920 à Lei seca dos EUA, a ser apresentada na próxima seção.

Voltando à inconsistência entre o efeito que uma substância tem no organismo e seu status de legalidade, Machado (2006) adverte sobre a insuficiência de estudos sobre o fenômeno drogas. Essa escassez de conhecimento também contribuiu para uma abordagem fundamentada em princípios moralistas, desconsiderando o usuário de drogas e as dificuldades por ele encontradas. Portanto, tradicionalmente, o Estado se ocupou mais em combater certas substâncias eleitas como ilícitas e não em oferecer a devida atenção ao cidadão que sofre os efeitos de um uso prejudicial dessas substâncias. O Estado se ocupou muito menos ainda em desenvolver ações que prevenissem esse uso nocivo das drogas.

O Relatório da Comissão Global de Políticas Sobre Drogas (2011), citado no início deste capítulo, apresenta uma classificação elaborada por cientistas considerados independentes de 17 substâncias psicoativas utilizadas mundialmente como heroína, cocaína, álcool, tabaco e maconha. Essa classificação ordena essas substâncias de acordo com os prejuízos concretos e potenciais que elas podem causar à sociedade. Neste mesmo relatório, essa relação é comparada à classificação oficial da ONU também baseada na nocividade que as mesmas substâncias representam. As principais nações do mundo se orientam pela classificação da ONU ao estabelecer a regulamentação sobre essas substâncias em seu território, ou seja, se elas serão lícitas, ilícitas e qual o grau de controle em relação ao uso, produção e comércio das ilegais. Todavia, a classificação da ONU é bastante dissonante da classificação dos cientistas. Para ficarmos apenas em duas comparações, na lista dos cientistas, o álcool aparece como a terceira droga mais perigosa em relação aos danos que causa à sociedade. No entanto, a ONU não recomenda o controle internacional desta substância. Ao contrário, a maconha que para os cientistas ocupa o décimo lugar em termos de risco é, segundo a ONU, uma das drogas mais perigosas juntamente com a cocaína e a heroína.

Enfim, a falta de um debate imparcial sobre as drogas mantém esse tema sob uma névoa de concepções moralistas, preconceituosas e alarmantes. De acordo com Machado (2006), há uma tendência em se atribuir todos os problemas e contradições sociais às drogas, afastando uma compreensão mais imparcial sobre as mazelas sociais. É uma forma da sociedade se drogar com suas concepções sobre as drogas, evitando assim um enfrentamento efetivo de seus reais problemas.

2.2 Proibicionismo: modelo norte-americano

De acordo com Morais (2005), a problemática sobre as drogas compõe um fenômeno social que envolve conflitos entre liberdade individual e coletiva, saúde pública e criminalidade, interesse econômico e social. Como já foi dito na seção anterior, esse fenômeno se transformou em problema político na metade final do século XIX, quando as drogas passaram a ser vistas pelo Estado e pela sociedade como uma questão merecedora de intervenção. Conforme Rodrigues (2004), vários fatores – religiosos, políticos, econômicos e morais – estiveram presentes na “des-naturalização” das drogas, transformando uma questão que era de fórum íntimo em um problema de Estado. Citaremos esses fatores a seguir.

Tradicionalmente, o Estado Moderno passou a abordar a temática sobre as drogas em duas perspectivas: a repressiva e a liberal. Morais (2005), afirma que os EUA representam o modelo de combate às drogas e a Europa ocidental tem adotado um ponto de vista mais liberal em relação a esta problemática. Diversos autores como Karam (2012), Fiore (2005), Morais (2005) e Rodrigues (2004), afirmam que os EUA foram pioneiros na institucionalização do proibicionismo das drogas.

Embora surpreenda que um país como os Estados Unidos, idealizado por um liberalismo político, possa ter consolidado uma política intervencionista que dita o quê seus cidadãos devem ou não consumir interferindo no uso que as pessoas fazem de seus próprios corpos, não se pode esquecer o papel que as ligas moralistas tiveram no proibicionismo norte americano. Uma vez que após o fim da Guerra Civil (1865) e o conseqüente crescimento econômico estadunidense, o puritanismo decorrente de movimentos religiosos decidiu combater tudo o que colocasse em risco os bons costumes e a moral protestante. Conforme Rodrigues (2004), o proibicionismo enquanto política de combate às drogas, ou de “guerra às drogas”, partiu do ambiente doméstico e expandiu-se internacionalmente, chegando a ser uma posição hegemônica no restante das nações do mundo, especialmente as do continente americano.

De acordo com Rodrigues (2004), o controle do Estado sobre o comércio e consumo de drogas tem início com a aprovação do *Food and Drug Act* (FDA), em 1906. Tal Ato teve como objetivo principal o controle de produtos adulterados que colocassem em risco a saúde dos norte-americanos. Desse modo, em nome da proteção dos governados, o governo inicia um controle sobre o que os mesmos consomem. Trata-se, portanto, de uma Lei que passa a regulamentar a produção e a comercialização de alimentos e drogas, obrigando as empresas a avisar seus consumidores, através das embalagens, a composição de seus produtos. Neste

contexto, torna-se relevante lembrar que, lançada em 1885, a Coca-Cola continha cocaína em sua fórmula original e era comercializada livremente.

Se internamente foi assim que se iniciaram as primeiras manifestações do governo estadunidense ao consolidar uma política de combate às drogas, no âmbito internacional, segundo Rodrigues (2004), essa posição proibicionista, na verdade, foi reflexo de uma política diplomática de conveniência que teve como objetivo a expansão de seu mercado externo. A China atravessava sérios problemas com o comércio ilegal de ópio em seu território, ofertado pela Inglaterra. Os chineses não encontravam dificuldades em exportar chá, renda e porcelana para os ingleses. No entanto, não demandavam os produtos da industrializada Inglaterra. Como o consumo de ópio na China era grande, a Inglaterra comercializava ilegalmente essa substância aos chineses com o objetivo de equilibrar sua balança comercial. Os EUA que também cobiçavam o grande mercado consumidor chinês, não conseguiam penetrá-lo, pois sua política comercial agressiva era pouco simpática aos consumidores locais. Desta forma, o presidente Roosevelt utilizou a fragilidade dos chineses em relação ao consumo de ópio para conquista-los defendendo uma posição solidária de combate a essa substância. Sinteticamente, esses foram os bastidores da Conferência de Xangai, realizada em 1906, convocada pelos EUA, que teve como objetivo discutir internacionalmente o combate ao ópio. Portanto, o posicionamento externo norte-americano em relação às drogas foi, inicialmente, muito mais uma questão de interesse econômico do que ideológico. A estratégia foi levar para o debate internacional uma posição de enfrentamento ao ópio no intuito de conquistar a simpatia dos consumidores chineses.

Como desdobramentos da Conferência de Xangai aconteceram a Conferência Internacional de Haia, em 1911 e a Convenção Internacional de Haia no ano seguinte que estabeleceram diretrizes para o controle da produção do ópio, da morfina e da cocaína, restringindo o uso dessas substâncias com finalidades hedônicas. Segundo Rodrigues (2004), essas primeiras convenções são o marco inaugural do que se convencionou a chamar “Guerra às drogas”. E foi nesse contexto de discussão sobre o consumo de drogas que médicos e farmacêuticos norte-americanos iniciaram seus argumentos para obter o poder de regular esse uso. Era a oportunidade de instituir uma autoridade supostamente científica sobre a comercialização de substâncias psicoativas.

Internamente, é através da Lei Harrison, de 1914, que inaugura nos EUA o poder do Estado em regular a produção e o comércio de drogas. Esse marco normativo cria a figura jurídica do traficante e do viciado, ambos passíveis de punição. Além da contribuição dos movimentos puritanos, a aprovação desta Lei coincide, segundo Rodrigues (2004), com o

incremento de ações proibicionistas do Estado na vida privada dos norte-americanos e com a redução da participação popular na política, que teve início nos primórdios do século XX.

Em 1920 o proibicionismo interno avança ao conseguir aprovar a Lei Seca, a Emenda Constitucional que proibiu a produção, o transporte e a venda de bebidas alcoólicas. Os puritanos acreditavam que ao suprimir o vício do álcool seria restituída a dignidade e moralidade dos norte-americanos. De acordo com Rodrigues (2004), essa Lei não só representou a consagração do movimento puritano, mas “o controle e a ingerência sobre o comportamento individual e coletivo dele provenientes” (RODRIGUES, 2004, p.53). Todavia, após 13 anos de existência, a Lei Seca é revogada diante de seu evidente fracasso em diminuir o consumo de álcool entre os norte-americanos, além de criar oficialmente o crime organizado nos EUA. Al Capone e sua máfia representam apenas o exemplo mais notório. Entretanto, os efeitos da Lei Seca não contribuíram para que o governo retrocedesse completamente nas suas políticas intervencionistas.

No âmbito internacional, liderado pelos EUA, os tratados seguintes tornaram-se mais rígidos, até chegarem, em 1961, na Convenção Internacional Única sobre Entorpecentes. Segundo Fiore (2005), o importante na análise desse tratado é notar, como já foi dito na seção anterior, que as substâncias alvo de maior controle não eram as de toxicidade maior. Ou seja, de acordo com a análise do autor, o que importava não era o risco que a substância apresentava para a saúde do indivíduo e sim a possibilidade de um uso hedônico da mesma.

Sem esgotar o assunto, que é complexo e foge dos objetivos centrais desta pesquisa, é elucidativa a análise de Antônio Luiz Paixão (2004) em seu texto “*Problemas sociais, políticas públicas*” sobre os efeitos da guerra à maconha, declarada a partir de 1982 por Ronald Reagan. É interessante notar que, a partir desta análise, é possível constatar o que já foi dito acima, ou seja, que as drogas ilícitas, antes de tudo, são mercadorias inseridas em uma lógica de mercado, que além do consumo engloba a produção e a distribuição das mesmas.

Naquela época, os conservadores norte-americanos relacionavam a adoção de políticas liberais pelo governo à disseminação do consumo de drogas e, conseqüentemente, ao aumento da violência. Para lidar com a “ansiedade” do eleitorado estadunidense, diante das tentativas fracassadas do Governo em combater os crimes de rua, o então presidente Ronald Reagan propõe, em 1982, Guerra à Maconha. Sua política manteve o foco nas condutas repressivas, como no aumento do repasse de recursos financeiros para a justiça criminal, maior severidade nas penas e tolerância menor diante dos comportamentos desviantes.

De acordo com Paixão (1994), em relação ao mercado, o objetivo principal era reduzir o consumo e, para isso, uma das estratégias foi aumentar os riscos da venda. Além disso,

pretendeu-se reduzir a produção estimulando os produtores externos, bolivianos, colombianos, turcos, peruanos e tailandeses, a substituir plantações de maconha por outros tipos de cultura. Assim, operaria a lógica de mercado: diminuição de oferta, somada ao aumento de preço, resultaria em diminuição do consumo. Entretanto, a estratégia de interferir na economia interna daqueles países produtores não funcionou, visto que a lógica de mercado de fato operou: um hectare de maconha equivalia em termos de renda bruta, a 64 hectares de banana, a 146 de tomate, a 171 de milho, dispensando a irrigação que essas culturas requerem, ou seja, não era rentável a substituição de plantações de maconha pelos produtos citados.

Ainda seguindo a análise de Paixão (1994), foi utilizada como uma estratégia adicional para dificultar a importação do produto, a intensificação do controle das fronteiras. Com essa medida, entre os anos de 1982, quando se inicia essa operação, até 1986, entre 10 e 30% da oferta total do produto foi apreendida anualmente. De fato, os riscos aumentaram, refletindo na elevação dos preços, que estacionaram em 35% de aumento. Em contrapartida, no mesmo período, foram presas 400 mil pessoas por porte de maconha. Sendo que destas, entre 60 e 70 mil eram traficantes. O balanço final foi que entre a população prisional norte-americana, 10% passaram a ser de traficantes e 60% de usuários. Ou seja, a guerra encarcerou basicamente os usuários de maconha.

Mas o efeito mais surpreendente desta política foi o fortalecimento dos grandes traficantes que tiveram poder para resistir à operação e ainda conseguiram expulsar do mercado os pequenos e médios comerciantes presos ou mortos pela polícia. De fato, o que aconteceu foi a oligopolização da importação e distribuição do produto. Além disso, o aumento de preços e o mercado estável tornaram a produção interna atrativa. E, para isso, foi iniciada a produção de um produto ainda mais concentrado, aumento de 20% em relação aos níveis de THC, principal componente psicoativo da cannabis. O resultado foi o desenvolvimento de um mercado protegido pelo Estado, uma vez que a importação estava dificultada pelo controle das fronteiras, como também um produto, além de mais nocivo, mais lucrativo, centralizado nas mãos de um número menor de produtores. Enfim, a Guerra à Maconha puniu usuários e pequenos traficantes, além de estabelecer uma “gigantesca e perversa política pública de reserva de mercado”. (PAIXÃO, 1994, p.140).

Finalmente, é importante ter em mente que não foi mera coincidência, ou apenas a imposição dos EUA que fez com que esse modelo proibicionista tornasse a posição hegemônica dos governos no plano internacional. A ideologia proibicionista favoreceu inúmeros países a incrementar o poder de polícia sobre suas populações. Citando o filósofo Michel Foucault, Rodrigues (2004) alerta:

a governamentalização do Estado se fia em três pontos, que são o *poder pastoral*, a emergência de *novas técnicas diplomático-militares* e o instrumento fundamental da arte de governo que é a “*polícia*”, em seu sentido amplo de conjunto de técnicas de gestão da população (RODRIGUES, 2004, p. 303).

Deste modo, o proibicionismo estadunidense possibilitou o controle dos Estados sobre os governados, interferindo sobre o comportamento e as formas com que as pessoas utilizam seus corpos e obtêm prazer. Esse domínio, muitas vezes, transvestido de cuidado, de zelo pela saúde e bem estar da sociedade foi garantia do avanço econômico das nações. Portanto, não foi por acaso que o proibicionismo tornou-se a maneira predominante das nações em tratar da problemática das drogas.

Na próxima seção, abordaremos a forma como o proibicionismo norte-americano foi incorporado no Brasil e como o Estado assumiu a gestão dos corpos dos seus governados com o consentimento e o apoio, especialmente, da elite brasileira e do saber médico.

2.3 Reflexos do proibicionismo na legislação brasileira sobre drogas

No caso do Brasil, Fiore (2005) aponta a proibição do uso de maconha em 1830, no Primeiro Império, na cidade do Rio de Janeiro. A maconha, desde então, era associada às classes inferiores de negros e mulatos e à prática de delitos. Entretanto, segundo ele próprio, a ação do Estado visava muito mais coibir as práticas tradicionais da população escrava liberta do que o combate de uma substância em si. Costa (2011) reforça o argumento de Fiore afirmando que o Código Criminal do Império de 1830 não aborda o tema drogas.

O posicionamento do Estado em relação às drogas inicia-se, segundo Rodrigues (2004), com o Regulamento Imperial de 1851, que versa também sobre a polícia sanitária e o comércio de substâncias medicinais. Defende-se o argumento de que as drogas eram ameaças à saúde coletiva e individual, motivo, portanto, da intervenção Estatal. Argumento esse que nunca abandonou a ideologia subjacente das legislações posteriores, como veremos a seguir.

Vários autores como Moraes (2005), Fiori (2005), Machado (2005) e Carvalho (2011), afirmam que a concepção do fenômeno drogas pelo poder público brasileiro recebeu influência do acordo tácito construído entre o Estado e a Medicina nos primórdios do século XX. Este acordo serviu para que o Estado legitimasse suas ações enquanto aparelho de intervenção na vida das pessoas. Segundo Fiore (2005), a medicina e o Estado seguem o mesmo posicionamento político de que as cidades são locais ideais para a desordem e,

conseqüentemente, para as doenças. Juntos, estabelecem uma gestão que redefine constantemente o limite da vida privada e da vida pública. Prevenir e sanear passam a ser missão da medicina, correspondendo ao ideal progressista do Estado.

O Estado passa a impor sua visão do que seria Saúde Pública e começa a intervir no âmbito da vida pessoal em nome da salubridade geral da nação, ocupando-se dos diferentes, dos anormais e da diversidade da vida cotidiana. É importante destacar, contudo, que de acordo com Machado (2006), o que é considerado tema de ação do Estado em relação à Saúde Pública transforma-se conforme as demandas sociais, as mudanças tecnológicas e os interesses do próprio Estado. Desse modo, para que exista uma política pública, ou seja, para o Estado agir, é necessário identificar o problema e supor a sua solução. Além disso, as questões que entram ou não para a agenda do Governo e transformam-se em políticas públicas são selecionadas de acordo com as prioridades dos governantes. Dessa forma, uma política pública só existe se o problema é definido, valorizado e sua solução é ao menos suposta pelo Estado.

A parceria entre Estado e a Medicina aconteceu entre os profissionais da medicina higienista. Estes, diferentemente dos generalistas e dos especialistas, focavam nas doenças da coletividade e não nas do indivíduo. Para essa identidade médica o importante era a prevenção das doenças mediante a educação higiênica e eugênica da população. Segundo Morais (2005), ao associar-se com o poder estatal, a medicina obteve o monopólio de algumas atividades e, em contrapartida, conferia ao Estado legitimidade em suas ações intervencionistas. Essa aliança ainda enobrecia o governo, que supostamente passava a se comprometer com o bem-estar dos cidadãos. As atividades visadas pela medicina eram todas aquelas que concorriam com a sua técnica praticadas por benzedeiros, parteiras, curadores, boticários, praticantes de tratamentos originados da cultura indígena ou africana, ou seja, todos que não se submetessem ao saber médico, que eram considerados impostores. Foi desta forma, portanto, que a medicina obteve o monopólio efetivo das atividades relacionadas à saúde e à doença, produzindo um discurso universalmente reconhecido sobre a realidade social. O que não quer dizer que esse discurso seja fruto apenas de uma capacidade técnica de elaborar uma visão da realidade e, sim, muito fundamentalmente, de uma capacidade de produzir um discurso convincente sobre essa realidade.

Portanto, de acordo com Machado (2006), embora a temática sobre as drogas tenha sido inicialmente encampada pela Segurança Pública, sendo os desviantes presos ou encaminhados forçosamente para tratamento, foi em nome da salubridade da nação que agiu o Estado. No entanto, a legislação proibicionista brasileira que será apresentada a seguir,

resultante da concepção do fenômeno drogas como algo a ser combatido, não resultou de uma mera vontade caprichosa do Leviatã para impor aos seus súditos Saúde e Segurança. Essa legislação, formatada no padrão norte-americano, foi também uma resposta a uma insistente demanda social que passa a pressionar o Estado a promover o desenvolvimento do país.

Carvalho (2011) mostra que a influência dos EUA também estava presente no Brasil no surgimento dos movimentos de temperança, como a União Pró-Temperança, no final do século XIX. As demandas da sociedade por ações proibicionista do Estado, expressaram-se, portanto, através de vários movimentos sociais que existiam nos primórdios da República, representados por agremiações moralistas como A Liga Nacionalista de Olavo Bilac, que defendia a intervenção do Estado na solução de problemas sociais como os vícios porque comprometiam os bons costumes e as tradições favorecendo o analfabetismo e o ócio. A “regeneração moral” dependia, desta forma, da eliminação dos vícios da sociedade. Conforme Rodrigues (2004), esses movimentos de caráter francamente higienistas se orientavam na ordenação progressista e no ajustamento moral e ético, considerados condições necessárias para que o Brasil se nivelasse às demais nações desenvolvidas. De acordo com esses movimentos sociais, as concentrações da população urbana precisavam ser monitoradas, pois favoreciam os excessos, a vadiagem e os vícios que, por sua vez, eram fontes de desregramento e doenças. Os vícios, considerados como decorrentes do mau uso das drogas, levavam ao comportamento perigoso e este sempre esteve associado às camadas populares.

Rodrigues (2004) afirma que após a Primeira Grande Guerra, a imprensa nacional engrossou uma campanha antidroga juntamente com esses movimentos sociais, justificando que as mesmas seriam responsáveis pela degradação física e moral dos indivíduos. Nos jornais, matérias associavam o uso lúdico das drogas ao desvio moral. A imprensa também defendia uma ação governamental que combatesse tanto os vícios modernos, os narcóticos, como os antigos como o álcool e o tabaco. Fica claro que o alvo das críticas ao uso não médico de substâncias psicoativas era sua finalidade hedonista que visava exclusivamente o prazer bem como suas consequências para a norma capitalista vindoura e a disciplina burguesa.

Ainda segundo Rodrigues (2004), o álcool, o tabaco, o ópio, a cocaína e a maconha, além do jogo, passam a ser condenados por diversos segmentos sociais. Médicos, intelectuais, políticos e comerciantes. Estes últimos eram representados pela “Liga do Comércio”, argumentando que a permissão do jogo no horário de trabalho causava a queda nos negócios. Em 1910, médicos higienistas representados pela Liga-Anti-Álcool fizeram chegar ao Congresso Nacional um documento contendo medidas de limitação ao alcoolismo.

Contraditória, a sociedade brasileira, no entanto, era bastante condescendente quando esses hábitos hedonistas apresentavam-se na classe mais favorecida. A elite de cafeicultores da sociedade paulista, deslumbrada com os sofisticados costumes da sociedade europeia, importou alguns deles, como o uso de lança perfume, ópio e cocaína. Eram os “venenos chiques”, utilizados predominantemente por intelectuais, médicos, dentistas e farmacêuticos, desde o final do século XIX. Esta elite fazia um uso sofisticado dos mesmos, com requintes como “uso de seringas esmaltadas de prata e de ouro, estojos de couro” (RODRIGUES, 2004, p.130), instrumentos inacessíveis à quase totalidade da população brasileira. Essa forma de utilizar as drogas psicotrópicas fazia parte do entusiasmo progressista da época. O reverso do que exigia a disciplina capitalista que impunha produtividade e punia a participação política dos trabalhadores, vista como caso de polícia.

De acordo com Morais (2005), com exceção da maconha, que, como citado anteriormente, chegou ao Brasil com os primeiros escravos, todas as demais drogas haviam sido introduzidas no Brasil pela elite. No entanto, em nenhum momento os médicos higienistas atribuíram qualquer responsabilidade pela disseminação do uso das drogas às classes dominantes. Com o tempo, contudo, a sociedade passou a ficar receosa com o uso abusivo de drogas até mesmo pela elite e a medicina a respaldar esse temor.

A classe médica se apropria, portanto, da temática sobre as drogas e veicula pesquisas sobre seus efeitos nocivos. Preocupa-se com o uso abusivo de cocaína entre os jovens abastados e a maconha entre as classes mais desfavorecidas. Um exemplo da posição higienista da medicina da época é uma publicação de uma revista acadêmica de medicina, datada de 1916 e citada por Morais (2005), que defende a esterilização de indivíduos que apresentassem certas doenças. Dentre as relacionadas, estava o alcoolismo crônico.

Fiore (2005) aponta que a preocupação com o uso de etílicos representava um incômodo em relação ao uso excessivo que ocorria nas classes mais baixas da população, atribuindo exclusiva responsabilidade as falhas morais e aos fatores raciais do usuário ao invés do contexto social de quem usa ou a substância em si. Ou seja, o problema não era a facilidade de acesso ao álcool, seus efeitos deletérios e as condições sociais desfavoráveis do usuário, mas, sim, aqueles que não sabiam fazer um bom uso da bebida. De acordo com Velho (2008), o que importava não era o uso de drogas, mas a ameaça que elas representavam à produtividade e ao trabalho. O prazer só podia existir após o trabalho. Seria uma forma de recompensa merecida pelo suor despendido.

Deste modo, de acordo com Machado (2006), à concepção inicial do aspecto moral do combate às drogas somou-se o discurso médico, dito como neutro, científico e imparcial, que

atribuiu às drogas o estatuto de periculosidade, da mesma forma que ocorreu nos EUA. Isso facilitou as ações proibicionistas que, embora tivessem os EUA à frente, engrossaram em maior ou menor grau o discurso de demonização das drogas no Brasil. Como exemplo, Fiore (2005) afirma que a participação do Brasil na Convenção de Haia ou “Convenção do Ópio”, em 1912, fez com que o presidente Hermes da Fonseca redigisse um artigo em 1914 dizendo sua intenção em aprovar medidas para conter os abusos do ópio, da morfina e cocaína no território nacional.

É, enfim, nesse caldo sociopolítico e cultural que surge o controle sanitário, tomando o Estado as rédeas na construção de uma sociedade disciplinada. O Estado se estabelece como agente legítimo para intervir na esfera da vida privada, com a alegada motivação de salvar vidas, independente da autorização do possível beneficiado. De acordo com Rodrigues (2004), o que importava, de fato, era a construção de uma nação produtiva, nos moldes do capitalismo, sem espaço para reivindicações trabalhistas. O lema republicano “Ordem e Progresso” torna-se coerente e oportuno ao modelo capitalista adotado pelo Estado.

A partir do ideal do Estado Moderno, da somatória da pressão dos órgãos de imprensa, das associações moralistas, da intensificação do uso de drogas pelas camadas inferiores e da pressão norte americana pela efetiva adesão brasileira à Convenção do Ópio, em 1912, ao governo brasileiro parece não haver outra saída a não ser regulamentar uma legislação que atendesse a esses diversos apelos. O Governo toma para si a missão de disciplinar a sociedade, definindo a regulamentação da venda de drogas e a construção das ações sanitárias. É desse modo, que se solidifica, de acordo com Rodrigues (2004), o terreno jurídico do proibicionismo nos primeiros anos da década de 1920.

Ainda segundo Rodrigues (2004), a preocupação inicial foi com o controle sobre a venda de remédios, nomeados, na época, como “material venenoso”, pois muitos medicamentos continham em suas fórmulas cocaína e morfina. O controle sobre os desejos, restando o uso lúdico das drogas e também evitando a desordem e a ociosidade, contribuiu para que o Estado se importasse com os “venenos”. O saber médico passa também a ser regulado, mas de forma mais flexível. Nesta época, os médicos ainda podiam receitar os psicofármacos sem uma fiscalização efetiva do Estado.

Em 1921, é promulgado o decreto nº 4.294 no governo do presidente Epitácio Pessoa. A partir de então, a venda sem prescrição médica de ópio e seus derivados, denominados genericamente de entorpecentes, passa a ser punida com prisão. A embriaguez que perturbasse a ordem pública passa a ser motivo de internação compulsória. No mesmo ano, cria-se a figura jurídica do toxicômano que poderia ser tratado em um sanatório específico. A

internação poderia ser solicitada por ele próprio, pela família ou por um juiz. De acordo com Fantauzzi e Aarão (2011), o decreto 4.294 é a norma que institucionaliza a posição antidrogas do Estado Brasileiro. Foi desse modo que a burocracia estatal, de forma análoga ao que aconteceu nos EUA, absorveu as reivindicações das ligas moralistas.

Em 1932, no início da Era Vargas, em decorrência da quantidade de legislações especiais penais, aprovou-se a Consolidação das Leis Penais, cujo artigo 159 dispõe sobre a problemática das drogas. Nele, aumenta-se o leque das substâncias consideradas ilegais, incluindo a maconha. A posse de qualquer substância proscrita passa a ser considerada como crime passível de prisão e à justiça cabe internar o toxicômano por tempo indeterminado, de acordo com Fiore (2005). No entanto, Costa (2011) afirma que o legislador diferencia as condutas de traficar, guardar e ter em depósito as drogas proscritas. Já Fantauzzi e Aarão (2011) afirmam que o decreto nº 24.505, de 1934, complementa essa legislação ao equiparar, em termos de gravidade penal, a indução do uso e o porte de drogas em dose superior ao uso terapêutico.

Em abril de 1936, através do decreto 780 é criada a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes (CNFE) que, dentre outras atribuições, era responsável por propor a legislação sobre as drogas, conforme Fiori (2005). Embora submetida ao Ministério das Relações Exteriores, essa comissão era presidida pelo Diretor Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, mostrando, mais uma vez, a parceria do saber médico na construção de uma política repressiva em relação às drogas:

A classe médica, no entanto, não cessou de trabalhar e promover junto aos políticos a pressão para aprovação de leis e o aumento da repressão. No prefácio da 1ª edição (1958) de *Maconha*, o Dr. Irabussú Rocha, diretor nacional do Serviço de Educação Sanitária, insistiu em dizer sobre o “problema”, que segundo ele não era nacional, mas mundial; não era novo, mas se perdia no horizonte do tempo *e ai está êle desafiando a nós todos que cuidamos da eugenia da raça*. (CARVALHO, 2011, p. 14).

Conforme Carvalho (2011), com a criação da Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes surgiram também as comissões estaduais, formando a estrutura original da política brasileira sobre drogas. Essa estrutura favoreceu a produção de leis e normas sobre drogas, respaldando o Estado para efetivar a repressão do comércio e consumo das drogas.

Neste sentido, Fantauzzi e Aarão (2010) fazem um importante resgate histórico do perfil das políticas públicas sobre drogas adotadas pelo governo nacional. No período de 1938 até 2009 estes autores analisaram 53 marcos normativos, provenientes das esferas municipal, estadual e federal. Dos 53 documentos estudados, 62,3% são provenientes do governo federal,

7,5% são do governo do estado de Minas Gerais e 30,2% da prefeitura de Belo Horizonte. Nota-se, portanto, uma preponderância das normatizações derivadas da instância federal. No que se refere à substância dessas normatizações, o levantamento mostra que 77,4% não têm foco em medidas para a saúde e 60,3% possuem caráter proibicionista. O histórico aponta, portanto, que o governo federal, nos últimos 70 anos, abordou a problemática de drogas muito mais como uma questão de segurança do que de saúde pública, embora tivesse o saber médico como aliado. Vejamos, portanto, como se desenvolveu esse processo.

No regime autoritário de Getúlio Vargas, com o Congresso fechado, o presidente lança, em 25 de novembro de 1938, o Decreto-Lei nº 891, reforçando o viés repressivo do Estado em relação à produção, ao tráfico e ao consumo das substâncias psicoativas controladas. Este decreto, inspirado na Convenção de Genebra de 1936, previa a internação e interdição civil dos toxicômanos. Como resultado, a toxicomania passa a ter o mesmo status das doenças infecciosas, com notificação obrigatória. Como afirmam Rodrigues (2004) e Fiore (2005) o ato de se drogar passa a ser punido indiretamente, pois o usuário não pode portar a substância de que faz uso, além de ser passível de internação involuntária por causa de seu vício.

Com o movimento da contracultura nos anos 60, o uso das drogas adquire o novo significado de contestar a ditadura. A resposta do governo é endurecer ainda mais com relação a legislação sobre as drogas. Segundo Fantauzzi e Aarão (2011) como era típico daqueles tempos, as ações policiais se tornaram mais duras para aqueles que contrapunham ao regime, independente da classe social ou tipo de droga utilizada.

No entanto, Carvalho (2011) vai além ao afirmar que o ano de 1964 é um divisor de águas ao transformar o modelo da política de combate às drogas de sanitário para bélico, pois o foco passa a ser eliminar o inimigo subversivo e não mais sanear a nação. As drogas no Brasil, como nos EUA, foram associadas ao comunismo. A noção de Guerra às Drogas se acentua e a criação em novembro de 1964 do Serviço de Repressão a Tóxicos e Entorpecentes dentro da Polícia Federal é emblemática. A *repressão* torna-se termo recorrente neste período.

No entanto, com a Lei nº 5726, de 1971, a visão médico-psiquiátrica passa a ser relevante na concepção do fenômeno drogas, embora este continuasse inserido no âmbito da justiça penal. É, enfim, recolocado um desnivelamento entre dependente e traficante, o que não acontecia desde o marco normativo de 1938. De acordo com Machado (2006), o hospital psiquiátrico torna-se dispositivo primordial para a assistência ao dependente de drogas que deixa de ser visto como um mero subversivo. Ademais, começa-se a introduzir a noção de recuperar a saúde daqueles que fazem um uso nocivo de drogas.

A Lei 6.368, de 1976, conhecida como a *Lei de Tóxicos*, segue considerando as drogas predominantemente como um problema de segurança pública e criminaliza sua venda e consumo. No entanto, apesar de continuar considerando o usuário um criminoso, ela ratifica a Lei de 1971 quando afirma a necessidade de abordar o uso e abuso de drogas através do saber médico-psiquiátrico. Ela também cria o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes que tem como principal órgão o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), ambos pertencentes ao Ministério da Justiça.

O CONFEN era composto por representantes dos vários Ministérios (Justiça, Saúde, Educação e Cultura, Previdência e Assistência Social, Fazenda e Relações Exteriores), por um representante do Departamento da Polícia Federal, um da Vigilância Sanitária, um jurista escolhido e designado pelo Ministério da Justiça e um psiquiatra escolhido pela Associação Médica Brasileira e designado pelo Ministério da Justiça. (MACHADO, 2006, p.39).

Segundo Fiori (2005), os principais avanços da Lei de Tóxicos são substituir a internação involuntária por tratamento consentido e diferenciar aqueles que vendem dos que apenas consomem as substâncias ilícitas. Além disso, ela inaugura a categoria de usuário ocasional, denominado na Lei de “experimentador”. Esse não sofre sanção penal, apenas uma advertência que visa impedir que esse cidadão que experimentou a droga ocasionalmente não se transforme em um usuário compulsivo ou em um traficante.

Embora tenha sido realmente um ganho para quem fosse surpreendido usando uma droga ilícita, a Lei não reconheceu que há uma categoria de consumidor que pode fazer um uso recreativo, ocasional e autônomo de uma determinada substância, independente do tempo de uso. Ao contrário, para a Lei, independente do usuário, suas condições sociais e psicológicas, ele, a partir de um determinado número de vezes utilizando droga, se transforma em toxicômano, um doente. O que, mais uma vez, transfere à substância a supremacia em relação ao usuário. Independente deste, a droga, desde que seja ilícita, mais cedo ou mais tarde, exercerá o seu domínio.

No entanto, de acordo com Machado (2006), nem todo uso de drogas constitui um problema que necessita intervenção dos dispositivos do setor da Saúde, ou seja, nem todo uso de drogas é prejudicial. Contudo, para o Estado, a partir da Lei de Tóxicos, toda pessoa que se envolvesse com drogas ilícitas era enquadrada como um doente ou como um criminoso. Em outras palavras, sempre se tratava de um caso para o setor da Saúde ou da Segurança. Exceto, como já foi citado acima, os consumidores ocasionais, que logo poderiam se transformar em

dependentes, caso não interrompessem o uso, de acordo com a Lei. Isso demonstra o padrão criminal-medicalizante do Estado em sua abordagem da temática das drogas.

A Lei de Tóxicos de 1976 prevê a construção de centros especializados de tratamento de usuários de drogas. No entanto, esse processo só inicia cerca de dez anos depois da promulgação da Lei. Muitos desses centros foram criados nas universidades públicas, como o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) que pertence à Universidade Federal de São Paulo. De acordo com Machado (2006), o Centro Mineiro de Toxicomania (CMT) foi um dos poucos criados no âmbito do setor público despertando, portanto, a expectativa da sociedade em dar assistência à população que faz uso prejudicial de drogas ao contrário dos demais, cuja expectativa se dava em torno da produção de conhecimento científico sobre as drogas. Esse contexto teve como consequência a consolidação de um serviço com foco não apenas na teoria sobre a problemática das drogas, mas também a construção da prática de assistência aos toxicômanos.

Outro avanço da Lei 6.368 foi deixar a cargo do Ministério da Saúde quais substâncias devem ser proibidas ou controladas, oferecendo uma brecha maior para que o usuário deixe de ser visto como criminoso e transmitindo ao poder público a responsabilidade pelo seu cuidado, como consumidor de uma substância ilícita. Muito embora, como veremos na última seção deste capítulo, essa brecha faz com que alguns juristas considerem inconstitucional a norma que deixa a cargo do Ministério da Saúde estabelecer quais as substâncias seriam proscritas. Ademais, esse Ministério pouco se apropriou sobre o fenômeno das drogas até 2003, quando então lança sua política.

Retornando um pouco mais ao Conselho Federal de Entorpecentes, como seu presidente era designado pelo Ministro da Justiça, faz com que Fiori (2005) afirme que este Conselho possuía o tom dado por este ministério. No entanto, Machado (2006) acredita que algumas das iniciativas do CONFEN contribuíram para construir, junto ao governo, uma abordagem mais tolerante do usuário de drogas no Brasil.

Contemporâneo à Ditadura Militar, o CONFEN passou por uma gestão mais liberal nos primeiros anos após o restabelecimento do processo democrático brasileiro. No entanto, no início dos anos 1990, essa gestão foi destituída e sobreveio uma fase de estagnação que perdurou por cerca de quatro anos. Os dois documentos mais importantes sobre a política de drogas criados neste período pelo conselho dão uma noção dessa oscilação. O primeiro, publicado em 1988, denominado *Política Nacional na Questão das Drogas*, propõe centros de tratamento para as pessoas dependentes de drogas, que deveriam receber uma atenção “eficaz e não estigmatizante do Sistema Nacional de Saúde” (MACHADO, 2006, p.42). Em 1996,

após uma fase de ostracismo e sob uma gestão mais moderada, elabora o *Programa de Ação Nacional Antidrogas*, onde enfatiza ações repressivas. De acordo com Machado (2006), embora fossem amplamente conhecidas as consequências do uso prejudicial de drogas para a saúde das pessoas, sobretudo no caso dos usuários de drogas injetáveis, é interessante perceber que o Programa de 1996 não contemplava mais efetivamente as ações da Saúde, focando sua atuação na área da Justiça.

Em 1998, o então presidente brasileiro, Fernando Henrique Cardoso, através da medida provisória 1.669, extingue o Conselho Federal de Entorpecentes e a Secretaria Nacional de entorpecentes criando a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD). Apenas a denominação desses órgãos é o suficiente para afirmar que o viés proibicionista se intensifica no Governo FHC. A política de seu governo foi determinada por um conselho, uma secretaria e um sistema antidrogas⁴. No documentário *Quebrando o Tabu* (2011), o ex-presidente brasileiro, FHC, atual líder da Comissão Global de Políticas sobre Drogas, admite ter equivocado em sua posição repressiva como chefe da nação no combate ao uso de drogas.

Ao contrário do CONFEN, que era ligado ao Ministério da Justiça, o CONAD e a SENAD, passam a fazer parte do Gabinete de Segurança Institucional do Chefe do Executivo⁵. Esse pertencimento chama a atenção de um dos entrevistados pela pesquisa de Machado (2006), que considera o novo Conselho um retrocesso, pois além de ser instituído como “antidrogas”, está conectado à Casa Militar, o que reforça a imagem de guerra às drogas. O CONAD, o órgão normativo do SISNAD tem sua composição, semelhante a do CONFEN e passa a ser presidido pelo Chefe do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República. Além deste, passa a compor o CONAD o Secretário Nacional Antidrogas, representantes de ministérios (um da Saúde, um da Educação, um da Previdência e Assistência Social, um das Relações Exteriores, dois da Justiça, um da Fazenda e um da Defesa), um jurista, um médico psiquiatra, um representante do órgão de Inteligência do Governo Federal e um representante do setor de prevenção da SENAD. (BRASIL, Presidência da República, 2000)⁶. Essa composição evidencia a ênfase na repressão, pois dos

⁴ Com a Lei 11.754, de 23/07/2008, a Secretaria Nacional Antidrogas passou a se chamar Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e o Conselho Nacional Antidrogas, Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. No entanto, as siglas permanecem as mesmas. Isso mostra as idas e vindas das políticas sobre drogas, no que tange seu aspecto conservador e progressista.

⁵ O Decreto 7.426 de 07 de janeiro de 2011 retorna a SENAD, o CONAD e o Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) para o Ministério da Justiça.

⁶ Dois anos depois, através do Decreto 4.513 de 13 de dezembro de 2002, a composição do CONAD sofre nova alteração. A Fazenda e a Saúde passam a ter mais um representante cada. Sendo que um dos representantes da

14 componentes há apenas dois representantes do setor da Saúde, sendo que a maioria expressiva pertence ao aparelho repressivo do Estado e a falta de representatividade da sociedade, especialmente dos próprios usuários de drogas.

Machado (2006) pontua que os dois sistemas, o Sistema Nacional Antidrogas, que além de suas atribuições na linha da repressão ao uso indevido de drogas, é também responsável pela prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social dos dependentes de drogas, e o Sistema Único de Saúde, que responde pela saúde integral da população, englobando a prevenção, o tratamento e a recuperação de doenças e agravos à saúde, estabelecem uma duplicidade de responsabilidades no desenvolvimento de ações de assistência aos usuários de drogas. Quando há dois órgãos acumulando atribuições, pode acontecer falta de coordenação entre as ações desenvolvidas ou ausência de ação e, além disso, uma dissonância ideológica entre os órgãos, o que pode contribuir para o desenvolvimento de ações contraditórias por parte dos mesmos.

Machado (2006) oferece exemplos dos efeitos desse arranjo institucional. No campo do tratamento, a SENAD estabeleceu parceria com as Comunidades Terapêuticas (CT), auxiliando-as a melhorar sua qualidade assistencial. Essa parceria foi facilitada pelo compartilhamento de uma mesma ideologia “antidrogas”, existente tanto nos grupos de CT quanto na SENAD. Machado (2006) explicita essa parceria ao apontar que as CT participaram, como coordenadoras de grupos de trabalhos e oficinas nos fóruns antidrogas promovidos pela SENAD nos anos de 1998 e 2001. Todavia, com relação ao Ministério da Saúde, as CT não estabeleceram nenhuma articulação e na pesquisa de Machado (2006) fica evidente que este Ministério não concordava que este modelo seria uma forma de tratamento eficaz para aqueles que faziam um uso prejudicial das drogas.

Embora o Ministério da Saúde integrasse o SISNAD, nenhuma ação de assistência à saúde do usuário de drogas foi a ele atribuída. Além disso, a Secretaria Nacional Antidrogas, órgão executivo do SISNAD, promoveu em 1998 o *I Fórum Nacional Antidrogas*, que

Saúde deveria ser da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Além disso, esse Decreto retira a obrigatoriedade do representante da SENAD ser do setor da prevenção. (BRASIL, Presidência da República, 2002). Somente com o Decreto 5.912 de 27 de setembro de 2006, a composição do CONAD passa a ser paritária entre governo e sociedade civil: Quatorze representantes do governo (o Ministro de Estado da Justiça, que é o presidente, o Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas; um representante da área técnica da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, um da Secretaria Especial dos Direitos Humanos; um do Ministério da Educação; um do Ministério da Defesa; um do Ministério das Relações Exteriores; um do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; dois do Ministério da Saúde, dois do Ministério da Justiça, dois do Ministério da Fazenda) e quatorze da sociedade civil (um representante dos Conselhos Estaduais de Entorpecentes ou Antidrogas, um jurista, um médico, um psicólogo, um assistente social, um enfermeiro, um educador, um cientista, um estudante, um profissional da imprensa, um antropólogo, um artista e dois representantes de organizações do Terceiro Setor). (BRASIL, Presidência da República, 2006).

formalizou a primeira política brasileira sobre drogas. No entanto, “no capítulo sobre tratamento, recuperação e reinserção social, não há nenhuma proposição de articulação entre a área de drogas e o setor de saúde no Brasil” (MACHADO, 2006, p. 49). Ainda que o Fórum que antecedeu a formulação da política tenha tido a participação de representantes tanto das Comunidades Terapêuticas como dos trabalhadores e militantes do programa de Redução de Danos, a política não esclarece o lugar de cada uma dessas metodologias na abordagem aos usuários de drogas.

Outro acontecimento importante que evidencia falhas na articulação interministerial em relação à política sobre drogas é a realização, em 2001, na mesma data e local, do *II Fórum Nacional Antidrogas* e da *III Conferência Nacional de Saúde Mental*. A referida Conferência propôs a inclusão dos usuários de álcool e outras drogas no SUS, evidenciando, assim, mais um sinal da dificuldade desses dois braços do executivo sintonizarem o discurso em relação ao posicionamento do aparato estatal em relação à problemática das drogas.

Apesar disso, em 2003 o Ministério da Saúde lança sua política para aqueles que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Foi a primeira vez que o Ministério da Saúde, através da Coordenação Nacional de Saúde Mental (CNSM), adotou uma orientação normativa sobre este assunto. Na próxima seção, veremos quais foram os acontecimentos políticos que contribuíram para esse posicionamento considerado tardio pelo próprio Ministério (BRASIL, Ministério da Saúde, 2003). Antes disso, faremos um pequeno intervalo para situarmos melhor as duas metodologias voltadas para a problemática das drogas que dividiram o Ministério da Saúde e o SISNAD/SENAD, quais sejam a Redução de Danos e as Comunidades Terapêuticas.

2.3.1 Redução de Danos: proposta terapêutica ou indução ao uso?

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, Ministério da Saúde, 2003), a Redução de Danos (RD) é uma tática que visa reduzir ao máximo as consequências adversas do consumo de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas sem obrigatoriamente interromper esse uso, visando a inclusão social e o resgate da cidadania de seus usuários.

A RD é considerada uma forma de prevenção e também de assistência aos usuários que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas. De acordo com Cruz (2006), no âmbito da prevenção, as estratégias de RD traduzem-se por condutas que minimizam os prejuízos causados pelo uso de drogas, mesmo quando os usuários não desejam ou conseguem

interromper o consumo destas substâncias. Minimizar significa reduzir ao máximo esse dano, por exemplo, substituindo uma droga injetável por outra não injetável ou, se não for possível, utilizando sempre a própria seringa ao usar a droga, pois desta forma reduz-se a possibilidade de contágio de doenças graves como a AIDS e Hepatite C.

De acordo com Pinheiro (2006), umas das vantagens da estratégia de Redução de Danos é a possibilidade que ela traz de avaliar o que cada indivíduo consegue ou se dispõe a fazer para cuidar de sua saúde e reduzir os agravos que a droga causa em seu organismo. O significado de dano abrange desde uma lesão orgânica ocasionada pela substância no organismo do consumidor, como um dano psíquico, ou mesmo um dano em decorrência das condições sociais em que se dá esse consumo.

Outra vantagem da adoção da estratégia de RD é a não imposição de que o usuário deixe de sê-lo, ou seja, suspenda o uso da droga utilizada, para receber ajuda. O respeito pelas suas escolhas permite a criação de um vínculo sem que ele se adapte às regras sociais ou à abstinência total. Segundo Pinheiro (2006), isso, certamente, inclui um número maior de pessoas que podem se beneficiar do tratamento proposto, ou seja, todos que fazem um uso prejudicial de substâncias psicoativas e não apenas aquelas que conseguem manter a abstinência.

Entretanto, conforme esclarece Cruz (2006), para alguns dependentes de uma substância psicoativa, em determinados momentos, não é possível fazer um uso moderado e controlado desta substância. Nessas circunstâncias, a única saída passa a ser a interrupção completa do uso, para que qualquer tratamento advenha. O que não contradiz a RD. Essa estratégia de cuidado só é incompatível com a ideologia proibicionista, que propaga que a única forma de lidar com a problemática das drogas é exterminar esse objeto da vida humana.

Polo-Araújo e Moreira (2008) remetem ao texto Constitucional ao lembrar que no artigo 196, referente à Saúde, está recomendado que a mesma devesse ser garantida através de práticas que reduzam o risco de doenças e outros agravos. A RD, portanto, pode também ser entendida de uma forma mais ampliada como qualquer intervenção médica, uma vez que muitas doenças, procedimentos e medicações geram algum tipo de dano à saúde do paciente, os efeitos colaterais. Uma intervenção médica ideal seria aquela, cuja consequência gerasse o menor agravo possível ao paciente.

No entanto, em relação ao seu conceito mais restrito que aqui utilizamos, ou seja, uma estratégia focada ao fármaco-dependente, as práticas de RD se iniciaram, de acordo com Polo-Araújo e Moreira (2008), nos anos de 1970, na Europa, mais especificamente na Holanda e em algumas cidades britânicas. Em seguida, nos anos 1980, com o aumento de usuários de

heroína e o consequente aumento da transmissão de hepatites, além do surgimento da AIDS, as ações foram direcionadas aos usuários de drogas injetáveis (UDI). Diante disso, o poder público passou a atuar junto aos usuários através de orientações, encaminhamentos para tratamento, trocas de seringas e ofertas de terapias de substituição de drogas, como metadona, ao invés de heroína, droga mais letal. Esse histórico contribuiu para que ainda hoje haja a crença de que a Redução de Danos consiste apenas em oferecer uma droga menos nociva que aquela utilizada pelo usuário, e que isso não deixaria de ser um estímulo ao uso de drogas.

No Brasil, a RD surgiu no município de Santos em São Paulo, como uma tentativa de enfrentamento ao início da epidemia de AIDS. Polo-Araújo e Moreira (2008) afirmam que em 1989, diante do fato de que 60% dos casos notificados de pacientes soropositivos eram usuários de drogas injetáveis, a Secretaria Municipal de Saúde de Santos distribuiu equipamentos para o uso seguro de droga injetável, mas foi interrompida por uma ação do Ministério Público. As agências penais ficaram incomodadas com o que seria uma forma de incentivo à drogadição pelo poder público, não só oferecendo insumos mais seguros – seringas descartáveis – como propondo locais de uso mais seguro para o usuário.

Foram necessários esclarecimentos junto ao poder público e à sociedade civil para que a RD ganhasse respeito, credibilidade e visibilidade nacional. Polo-Araújo e Moreira (2008) e Machado (2006) afirmam que um fato importante para isso foi a criação, em 1998, da Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos (ABORDA). Neste mesmo ano, o *I Fórum Nacional Antidrogas* incluiu a RD como política voltada para o enfrentamento das drogas em seu relatório final, embora, como dito anteriormente, sem esclarecer como seria a operacionalização dessa política.

Como veremos na próxima seção, em sua política publicada em 2003, para a atenção integral à usuários de álcool e outras drogas, fica evidente que a RD é para o Ministério da Saúde uma estratégia privilegiada. Pois a RD “reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com eles estratégias que estão voltadas não para a abstinência, como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida” (BRASIL, 2003, p.10). Dois anos após, em julho de 2005, o Ministério da Saúde ratifica sua posição, publicando as portarias 1028/GM e a 1059/GM que regulamentam as ações de RD aos dependentes de drogas e fornecem financiamento de ações de RD em Centros de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas (CAPSAD), respectivamente.

Interessa-nos, neste estudo, conhecer os motivos da mudança política do Ministério da Saúde, que oito anos depois da publicação de sua política, defende agora a parceria com as Comunidades Terapêuticas, a internação involuntária, o tratamento que privilegia a

abstinência e não mais apenas a utilização de recursos “que não sejam repressivos, mas comprometidos com a defesa da vida.” (BRASIL, 2003, p.11). A seguir, nos referiremos às Comunidades Terapêuticas, outra forma diferenciada de trabalhar com os que fazem uso prejudicial de drogas.

2.3.2 Comunidades Terapêuticas: para iniciar, a abstinência.

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa RDC 101 (BRASIL, 2001), as Comunidades Terapêuticas (CT) são serviços em regime residencial direcionados a pessoas com danos em decorrência do uso prejudicial de substâncias psicoativas. Fracasso e Landre (2012) afirmam que as CT constituem-se como locais de internação especializados, presentes em mais de 60 países. Estima-se que no Brasil as instituições classificadas como Comunidades Terapêuticas alcançam um número de 3 mil unidades. Caracterizam-se como um modelo de tratamento que visa à abstinência de drogas baseado na ajuda mútua através da convivência entre os pares. O paciente é o principal responsável pelo seu próprio tratamento, embora seja referenciado pelos demais participantes de seu grupo através das ações praticadas promovendo, com isso, o desenvolvimento de hábitos favoráveis a uma vida saudável.

Uma das principais estratégias terapêuticas desses dispositivos são as terapias grupais, onde a tônica é o testemunho da experiência do paciente. Os depoimentos têm como intenção a catarse, ou a “expulsão do mal” daquele que se expressa, como também, através de um processo de identificação, apaziguar quem escuta por reconhecer no seu par os sofrimentos e vivências que também são seus. Nesse sentido, em seu texto *As injunções da pedra*, Vieira (2011) cita o depoimento de um usuário de crack, em tratamento, entrevistado em sua pesquisa: “A maneira de me manter sóbrio e em abstinência é ficar aqui, escutando esse pessoal chegando e falando da vivência deles.” (VIEIRA, 2011, p.106). Portanto, é também ouvindo a experiência de seu semelhante que o paciente tem a possibilidade de exorcizar os seus próprios fantasmas.

Desta forma, as Comunidades Terapêuticas, também conhecidas popularmente como *Fazendas de Recuperação*, investiram historicamente no Brasil na recuperação dos dependentes de substâncias psicotrópicas. No entanto, as origens das Comunidades Terapêuticas se confundem com a Reforma Psiquiátrica inglesa, cujo objetivo era modificar a forma de tratamento ofertada aos loucos nos manicômios. Para elucidarmos sobre as origens

das Comunidades Terapêuticas nos referenciamos no livro de Paulo Amarante, *Loucos pela Vida*, de 1995. Os próximos parágrafos são fortemente baseados nesta obra.

Originadas na Inglaterra após a Segunda Guerra Mundial, as Comunidades Terapêuticas caracterizaram:

um processo de reformas institucionais, predominantemente restritas ao hospital psiquiátrico, e marcadas pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, objetivando uma transformação da dinâmica institucional e asilar. (AMARANTE, 1995, p. 28.)

Diante do horror social que os campos de concentração despertaram na sociedade do pós-guerra, toda lembrança dessa forma desumana de confinamento precisava ser banida. Qualquer violação dos direitos humanos passa a ser execrada pelo tecido social. Naquela época, apostava-se em formas mais humanizadas de confinamento e foi essa a proposta dos gestores dos hospitais psiquiátricos. As primeiras Comunidades Terapêuticas foram, portanto, reformas restritas ao âmbito asilar e que estavam no bojo dos movimentos de reforma psiquiátrica que surgiram na metade do século passado.

O psiquiatra inglês Maxwell Jones foi quem consagrou o termo Comunidade Terapêutica a partir de suas experiências em um hospital psiquiátrico inspirando, assim, a reforma psiquiátrica inglesa. Ele promovia, junto com os internos, grupos operativos que objetivavam não só o envolvimento, como também o protagonismo do paciente em seu tratamento. Com a ideia de comunidade, ele almejava transformar a instituição total do hospital psiquiátrico, segregadora e cronificadora, ou seja, uma instituição patogênica por si própria, em um local onde todos podiam executar, de maneira igualitária, as tarefas de gerir tanto administrativamente como clinicamente a instituição.

Desta forma, os pacientes passam a ser corresponsáveis pelo funcionamento da instituição onde vivem e pelo tratamento recebido. A ideia era realizar, além dos grupos de discussão, assembleias diárias com o intuito de dinamizar a rotina institucional, a vida das pessoas e horizontalizar as relações. Outro aspecto importante que perdura até hoje nas Comunidades Terapêuticas contemporâneas é que, ao colocar seus usuários para contribuir com o funcionamento do hospital, resolvia-se a falta de mão de obra que existia naquele momento e atendia a uma demanda social de reconstrução nacional de toda uma Europa arrasada pela guerra, diminuindo a ociosidade que existia dentro dos hospitais psiquiátricos. Ou seja, trata-se de uma metodologia muito viável economicamente.

Portanto, de acordo com esse modelo inglês, uma Comunidade Terapêutica surge ao seguir princípios que levariam a uma atitude comum, não se restringindo ao poder hierárquico que historicamente predominou dentro dos hospitais psiquiátricos. Trabalhando conflitos na medida em que eles emergem, enriquecendo a experiência de todos, profissionais e pacientes refazendo cotidianamente uma análise dos papéis da equipe e dos pacientes e da relação entre eles. Portanto, a democratização, a reabilitação ativa do paciente, ou seja, a não tutela e a não segregação dos mesmos são os princípios que norteiam a Comunidade Terapêutica operacionalizada por Maxwell Jones. Podemos concluir, junto com Amarante (1995), que Comunidade Terapêutica, de acordo com Jones, é mais uma metodologia de abordagem ao paciente do que um espaço de tratamento em si.

Contudo, uma das principais críticas que as Comunidades Terapêuticas receberam de seus contemporâneos é que elas não reabilitavam o sujeito para a vida social. Seu principal pilar de sustentação, que é a igualdade entre os indivíduos, não se reproduz na sociedade. Havia, portanto, a criação de uma espécie de organismo artificial diferente da realidade e que não instrumentalizava os que ali viviam a sobreviver na sociedade como ela é verdadeiramente.

É importante destacar a contribuição das CT para a humanização das formas de tratamento dos asilados nos hospícios da época do pós-guerra; embora não conseguissem ir além do hospital, ou seja, transformar a própria sociedade em seus preconceitos em relação aos loucos. No entanto, este modelo originado na Grã-Bretanha expandiu-se para outras partes da Europa. De acordo com a Federação das Comunidades Terapêuticas no Brasil (2012), entre os norte-americanos versões modificadas de Comunidades Terapêuticas foram destinadas aos dependentes de substâncias psicoativas e incorporados elementos religiosos na forma de abordar o paciente.

De acordo com Fracasso e Landre (2012) no estado da Califórnia um pequeno grupo de alcoolistas decidiu viver junto para ajuda mútua na manutenção da abstinência compartilhando uma forma alternativa de vida e adotando uma “atmosfera quase carismática”. No Brasil, as CT se instalaram em 1978, com a fundação da Fazenda do Senhor Jesus pelo padre J. Rahm na cidade de Campinas e que pode ser considerada como o marco inaugural deste dispositivo no Brasil.

Sabino e Cazenave (2005) e Machado (2006) relacionam a expansão dessas instituições ao aumento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas e também à falta de resposta do poder público em oferecer dispositivos de tratamento para esse público. No entanto, Machado (2006) afirma que a ligação com grupos religiosos que, tradicionalmente,

caracteriza as Comunidades Terapêuticas do Brasil, contribuiu para disseminar uma forma de atenção baseada na moralidade e na abstinência como condição de tratamento, provocando com isso a desconfiança entre os grupos ligados ao meio científico.

Essa desconfiança foi abalada diante da criação das Federações de Comunidades Terapêuticas, a partir do final da década de 90. Esse novo status conquistado pelas CT contou com o apoio do Conselho Federal de Entorpecentes, culminando com a publicação da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) 101 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de 30/05/2001, que normatizou o funcionamento das Comunidades Terapêuticas.

Machado (2006) afirma que, embora regulamentar o segmento fosse uma antiga demanda da própria Federação para diferenciar e valorizar as comunidades que desenvolviam um trabalho mais sério, a RDC 101 descontentou grande parte do setor, que considerou a norma excessivamente rigorosa. Fracasso e Landre (2012) afirmam que a norma da ANVISA descaracterizou o modelo original proposto pela Federação para as Comunidades Terapêuticas, qual seja, constituir-se em um ambiente residencial, com relações análogas a uma família e não um serviço de saúde. Percebe-se, portanto, certa ambiguidade tanto entre os representantes das CT e os do Governo em considerar as CT ora como dispositivos de assistência em saúde, ora como de moradia.

Apesar disso, pode-se dizer que a abstinência é o ponto central da metodologia desenvolvida por esses dispositivos. De acordo com Fracasso (2010), algumas instituições requerem que o sujeito já esteja abstinente por certo tempo antes de ingressar em uma CT. Outras, concordam com esse ingresso, mesmo que o candidato ainda não tenha conseguido essa abstinência. Há a pressuposição de que, independente do usuário de drogas, se ele desejar verdadeiramente suspender o uso desta substância, poderá fazê-lo sem que isso acarrete qualquer ônus ou risco para sua saúde.

No entanto, uma relevante questão que surge diante da proposta das CT é que ela parte do princípio de que, para entrar em tratamento, o usuário precisa primeiro livrar-se de seu principal sintoma. Isso implica em deixar sua dependência do lado de fora e se inserir em um mundo que ele não fazia parte antes e para onde ele não tem como voltar após sua alta, uma vez que, na realidade externa, a droga continuará presente. Portanto, suas defesas, construídas fora desta realidade, certamente se mostrarão frágeis para lidar com ela. Reforçando esse argumento, Vieira (2011) acredita que o vínculo estabelecido entre os pares com a instituição pode se tornar uma espécie de “efeito colateral”, uma vez que o paciente pode estabelecer uma dependência desse tipo de relação e vivência:

Por isso, o papel de restituição dos vínculos com a rede interpessoal e significativa é indispensável, já que o abrigo propiciado pela instituição de atenção é uma província que precisa ser evadida em algum momento, sobressaltando o usuário quanto às exigências de reingressar ao seu nicho social. (VIEIRA, 2011, p.106)

Além dessa objeção central sobre a metodologia das CT, ou seja, que elas criam um mundo à parte, como se fosse um laboratório, podendo tornar a reabilitação de seus usuários mais complexa, há outras que dizem respeito à forma que algumas delas têm usado para alcançar a abstinência do usuário, como castigos, punições, humilhações, cárcere privado e outras violações de direito, conforme o Relatório da Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011). Abordaremos com mais profundidade essas questões ao descrevermos a nova política do Governo Federal sobre as drogas, no terceiro capítulo. Descreveremos, a seguir, a política inaugural do Ministério da Saúde sobre drogas, elaborada em 2003, onde, pela primeira vez, este Ministério toma para si a responsabilidade em cuidar daqueles que fazem um uso prejudicial de álcool e demais drogas, reconhecendo e respeitando seus direitos de cidadão.

2.4 A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas: ousadia e inovação

Ao contrário da construção política que foi a desospitalização dos pacientes portadores de sofrimento mental dos hospitais psiquiátricos, os usuários de álcool e outras drogas, que também ocupavam leitos destes hospitais, não tiveram a mesma atenção dos militantes da reforma psiquiátrica brasileira. Essa ocorrência se deu possivelmente pelo fato de que a reforma psiquiátrica brasileira tenha sido fortemente inspirada na Reforma Italiana, que não produziu saídas para os usuários de álcool e outras drogas. De acordo com Machado (2006), a Coordenação Nacional de Saúde Mental, durante toda a década de 1990, embora tivesse um discurso técnico sobre a abordagem das drogas que não coincidia com o discurso moralista/proibicionista hegemônico, manteve-se afastada da operacionalização de uma rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, ao contrário do que aconteceu com os portadores de sofrimento mental.

Sobre esse aspecto é interessante salientar que a portaria 336 do Ministério da Saúde de 19 de fevereiro de 2002 que normatiza os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), incluindo os direcionados para álcool e outras drogas (CAPSAD), é anterior à política do Ministério da Saúde para atenção aos usuários de drogas, publicada apenas no ano seguinte.

De acordo com o texto sobre a política do Ministério da Saúde sobre a Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas (Brasil, 2003) em 2002, dos 382 CAPS em funcionamento no Brasil, apenas 43 eram destinados aos usuários de álcool e outras drogas.

Segundo Machado (2006), em relação ao Ministério da Saúde, aconteceram dois fatos importantes que precipitaram a formulação de sua política para as drogas: o aumento dos danos devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas – violência doméstica, acidentes de trânsito e o crescimento significativo de pessoas contaminadas pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). A constatação que parcela significativa dos infectados era usuária de drogas injetáveis e compartilhava suas seringas, aumentando o risco de contágio, fez o Estado temer o aumento perigoso da epidemia da AIDS entre essa população. Além disso, a Coordenação Nacional de Saúde Mental passa se apropriar da problemática das drogas entre anos de 2001 e 2003. Para Machado (2006), um dos fatores que contribuiu para essa aproximação foi a pressão das Comunidades Terapêuticas para obter financiamento do Sistema Único de Saúde. Essa reivindicação, além do tradicional apoio da SENAD, contava com o apoio de alguns integrantes do SUS.

Conforme foi explicitado acima, sempre houve uma maior aproximação da Secretaria Nacional Antidrogas e do Conselho Nacional Antidrogas com as Comunidades Terapêuticas e certa desconfiança do Ministério da Saúde em relação às mesmas. Em contrapartida, a Redução de Danos aproximou a Saúde, mais especificamente a Saúde Mental, da área de álcool e outras drogas, rompendo essa lacuna que existiu até o ano de 2000.

As ações de combate à AIDS trouxeram à Saúde a estratégia de Redução de Danos como uma técnica para lidar também com os usuários de drogas. O objetivo não podia mais se resumir em eliminar o consumo da substância, mas, sobretudo, preservar a vida do usuário. Pode-se afirmar que a RD, ao tratar o usuário de drogas injetáveis como um cidadão que tem direito, sobretudo, à vida, contribuiu para sensibilizar o setor da saúde sobre a assistência a esses cidadãos. De acordo com Machado (2006), a estratégia da RD foi, portanto, um divisor de águas nas políticas sobre drogas: o Ministério da Saúde passou a defendê-la, assumindo uma posição mais moderna em relação às drogas, admitindo sua existência perene na sociedade, ao contrário das Pastas da Justiça e Segurança Pública, que permaneceram na posição de combater a substância e eliminar seu consumo da sociedade.

Essas distintas posições, que podemos resumir como a diferença entre os técnicos da Coordenação Nacional de Saúde Mental e os representantes da SENAD, corresponde às diferenças ideológicas na abordagem dos usuários de drogas. A coordenação de Saúde Mental defendia que a abordagem dos usuários não deveria passar pelo habitual discurso antidrogas,

da SENAD, mas sim ter o foco no usuário, além de visar à redução dos danos que a substância causasse a ele.

Com essa concepção mais tolerante em relação ao uso de drogas passou a questionar a utopia de um mundo sem drogas como era a matriz das políticas até então estabelecidas mundialmente. A abstinência do uso deixou de ser o único objetivo a ser almejado. O mais importante passou a ser a redução das consequências adversas do consumo. O Governo, através do Ministério da Saúde, passa, então, a valorizar mais a vida do toxicômano do que seu comportamento ilícito, embora as pastas de Justiça e Segurança não abandonassem a ideologia proibicionista em relação às drogas.

O setor da saúde defendia que a problemática das drogas não deveria ser abordada exclusivamente por suas ações, devendo ser construída uma política transversal entre os demais braços do executivo. Torna-se cada vez mais claro que a complexidade da questão das drogas exigia um olhar para além dos da Saúde e Segurança. Para resolver esse impasse e para seguir as orientações da *III Conferência Nacional de Saúde Mental*, o Ministério da Saúde, através da Coordenação Nacional de Saúde Mental, decide então publicar sua própria política para os usuários de álcool e outras drogas, deixando a cargo da SENAD fazer a articulação com os demais braços do executivo, como a Assistência Social e Educação, para que eles também formassem suas ações no campo das drogas. Inovadora, a política do Ministério da Saúde sobre as drogas parte do princípio que nem todo uso de álcool ou qualquer outra substância é prejudicial e que o Governo só deveria se ocupar dos casos problemáticos através da estratégia de Redução de Danos.

Os fundamentos desta política de atenção a usuários de álcool e outras drogas estão de acordo com a Lei Federal 10.216, de 06 de abril de 2001, que regulamenta a Reforma Psiquiátrica no Brasil, sendo esta lei o marco normativo orientador desta política. Além disso, no documento que apresenta a política (BRASIL, 2003) está claro que para o Ministério da Saúde as ações sobre álcool e drogas devem estar integradas às propostas elaboradas pela área técnica da Saúde Mental, do próprio Ministério da Saúde. Portanto, a atenção aos que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas seria feita no âmbito do SUS, utilizando os Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas como dispositivos privilegiados de tratamento.

Os CAPSAD deveriam oferecer assistência aos dependentes químicos, proporcionando desde o atendimento ambulatorial até o atendimento em grupo ou oficinas terapêuticas, além de visita domiciliar. Além disso, deveriam funcionar 24h, ofertando cuidado integral àqueles que não precisassem de atenção clínica hospitalar. No texto desta

política também fica claro que a abordagem dos usuários deveria ser de acordo com a redução de danos, não deixando de promover a reabilitação psicossocial e a reinserção social dos seus usuários. Por estarem mais próximos da comunidade, os CAPSAD poderiam oferecer programas mais flexíveis e mais adequados a todos, usando os recursos da própria comunidade a que os usuários pertenciam. (BRASIL, 2003).

Consultando o texto da política (BRASIL, 2003), alguns aspectos que demonstram sua ousadia e inovação em relação às demais políticas públicas sobre a temáticas de drogas são a proposta de revisão da Lei que autoriza empresas a demitir por justa causa os funcionários que o uso de drogas fosse constatado; o impedimento de testagem compulsória para verificar uso de drogas em funcionários de empresas e estudantes de escolas públicas; a participação de consumidores de drogas na formulação de políticas locais sobre a problemática das drogas; a crítica à Lei criminal de drogas vigente na época que, ao proibir o uso, dificulta o acesso do usuário aos serviços de saúde. (BRASIL, 2003). Pode-se inferir, portanto, que em 2003 o Ministério da Saúde já defendia a descriminalização do uso de drogas.

Na próxima seção, trataremos da atual Lei Federal sobre drogas, publicada três anos depois da política do Ministério da Saúde. Focaremos o ponto de como ela aborda o usuário de drogas. Essa atual legislação causou polêmica pela forma como o usuário passa a ser visto pelo Estado. Importante não esquecermos que, diante do já citado fracasso da ideologia proibicionista, é a partir de um olhar mais liberal que todas essas críticas são construídas.

2.5 O usuário e a nova Lei de drogas: descriminalização do uso?

A conhecida *Lei de Tóxicos* foi revogada pela lei 11.343, de 2006, atual Lei sobre drogas no Brasil. Inicialmente, é importante destacar que os legisladores fizeram um ajuste terminológico ao utilizar o vocábulo *droga*, mais abrangente e adequado à terminologia médico, científica e penal do que *entorpecente*, expressão utilizada nas legislações anteriores.

De acordo com Costa (2011), a nova Lei diferencia com bastante clareza as condutas associadas ao tráfico de drogas das relacionadas ao porte de drogas para uso pessoal. O tráfico teve sua pena aumentada e a punição pela posse para uso foi reduzida ao ponto de ficar vedada a prisão, ainda que em flagrante, do cidadão que for surpreendido com droga para uso

pessoal. No entanto, a grande celeuma da nova Lei é justamente o artigo 28⁷, que trata das sanções aos usuários. A atual legislação trata o usuário com muito mais leveza que a anterior, chegando ao ponto de alguns analistas interrogarem se houve a descriminalização do uso. As penas para quem adquirir ou portar drogas para consumo pessoal, que na legislação anterior eram de detenção e multa, foram substituídas por advertência, prestação de serviços à comunidade e medida educativa de comparecimento a programas ou cursos educativos. (BRASIL, 2006).

A polêmica causada pelo novo marco normativo divide opiniões entre os juristas. Segundo Costa (2011), há aqueles que defendem que com a nova Lei, houve uma descriminalização do usuário, em outras palavras, o uso de drogas deixou de ser crime; outros alegam que houve uma despenalização, ou seja, apenas uma redução nas penas da norma, continuando crime, o uso de drogas. Outros acreditam que a referida Lei acarreta uma mera “desprisionalização”, o que significa uma retirada da pena de prisão da conduta, sendo que há ainda a corrente que defende a inconstitucionalidade do art. 28 da nova Lei. Em sua dissertação, Robinson Costa afirma que a inconstitucionalidade do artigo 28 é devida ao desrespeito aos princípios de “legalidade, ofensividade, tolerância, igualdade, intimidade da vida privada e ao fundamento da dignidade da pessoa humana” (COSTA, 2011, p. 48/49). Para elucidar o que seriam esses princípios de acordo com o poder judiciário, citaremos o trabalho de Costa (2011).

O princípio da *legalidade* estaria desrespeitado desde a legislação anterior, por ser esta uma norma penal em branco heterogênea, ou seja, uma lei cujo complemento depende de uma fonte externa daquela que editou a própria norma. Em outras palavras, a atual Lei de drogas, da mesma forma que sua antecessora, deixa a cargo da ANVISA determinar quais são as substâncias proscritas. O que já foi citado nesta dissertação como uma vantagem, já que, aproxima o setor da saúde da temática sobre as drogas. No entanto, corre-se o risco de lesar a sociedade com a modificação de uma norma penal sem ser considerada a vontade do povo, representado pelo nosso sistema político através dos deputados no Congresso. Esclarecendo um pouco mais, um cidadão que tem o costume de andar com um maço de cigarros no bolso pode, inadvertidamente, ser considerado um infrator, se a ANVISA catalogar o tabaco como droga proibida.

⁷ Art. 28 Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trouxer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas:

I - advertência sobre os efeitos das drogas;

II - prestação de serviços à comunidade;

III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo. (BRASIL, 2006).

De acordo com o princípio da *ofensividade*, não há crime se não há ofensa ao bem jurídico, ou seja, se não afeta a terceiros. Em outras palavras, o objeto da conduta é o próprio autor que não pode ser penalizado por agredir a si mesmo. O mesmo ocorre aos que tentam contra a própria vida, ou ao seu patrimônio.

O princípio da *tolerância* seria negligenciado pelo artigo 28 ao desconsiderar que os hábitos devem ser respeitados em suas diferenças; tendo os rituais religiosos como exemplo mais paradigmático. As pessoas não podem ser punidas por praticar rituais religiosos distintos, como não podem ser punidas por ter hábitos ou vícios distintos. Se portar uma garrafa de uísque não é crime, portar um cigarro de maconha também não deveria ser. Os mesmos exemplos podem ser citados para ilustrar a ofensa ao princípio da *igualdade*. Se todos são iguais perante a Lei, um consumidor de vinho não deve ser tratado de forma diferente do consumidor de cocaína.

E, finalmente, o princípio da *inviolabilidade da intimidade e da vida privada* pode ser visto como desrespeitado, o que conseqüentemente também viola a *dignidade da pessoa humana*, garantida como fundamento da República Federativa do Brasil. Os atos de uma pessoa que contraria os padrões sociais não devem ser matéria de sanção penal, a menos que esse ato ofenda direitos de terceiros. As pessoas não devem intervir nas condutas de outrem, salvo quando essas condutas ofendam o seus direitos.

Outra importante crítica à nova Lei advém da perspectiva antropológica. Mendonça Filho, em seu trabalho apresentado na 26ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 01 e 04 de junho de 2008, em Porto Alegre, alertou para as possíveis conseqüências da nova Lei para a relação entre o sistema criminal e o judiciário. Isso porque no artigo 28, no segundo parágrafo da Lei 11.343 que refere sobre a destinação da droga se para consumo pessoal ou tráfico, afirma-se: “o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolver a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente” (BRASIL, 2006). Em outras palavras, para a tipificação do crime será levado em consideração, além da quantidade apreendida, as circunstâncias da apreensão que serão descritas pelo aparato policial.

Mendonça Filho (2008) afirma que há um “deslocamento da administração institucional do uso de drogas da esfera judicial para a esfera extra-oficial policial” (p. 1). É temerário deixar a cargo de uma ação informal da polícia a decisão se um cidadão que porta uma substância ilícita entra ou não no sistema criminal. No levantamento do autor, é citado que os juízes não se sentem mais obrigados a atuar em relação ao usuário de drogas, transferindo essa responsabilidade para a polícia responsável pelos serviços de investigação e

vigilância. Isso deixaria a critério do policial decidir sobre a tipificação do delito, se a situação trata-se de um porte de drogas para uso, ou venda tornando essa conduta uma mercadoria negociável. Ou seja, “a situação decorrente do flagrante é resolvida na rua através de negociação com os policiais, sem chegar à esfera judicial” (MENDONÇA FILHO, 2008, p.8).

A situação é preocupante porque, de acordo com o sociólogo, se a nova Lei atenuou a penalização para o consumo de drogas ilícitas, ela endureceu o crime de tráfico e não define claramente o traficante do usuário. A “negociação do flagrante de um usuário inflacionou – afinal de contas, de acordo com o contexto, ele pode deixar de ser um usuário e passar a ser um traficante” (MENDONÇA FILHO, 2008, p.8), o que aumenta o risco de violação dos direitos individuais, principalmente para aqueles historicamente já privados deles como os representantes das classes desfavorecidas da população.

Vimos, neste capítulo, que as concepções do fenômeno do que seria droga se transformam junto com a história humana. De substância que tinha a função de aproximar o homem do sagrado, incrementar o sabor dos alimentos, curar o corpo e a mente ao fornecer prazer, as drogas hoje foram separadas em substâncias lícitas e ilícitas através de um critério arbitrário influenciado por interesses políticos e econômicos. Ao eleger algumas substâncias como ilícitas, os governos mundiais fomentaram um forte mercado de venda desses produtos ilegais que também atende a outros interesses econômicos como o da produção de armamentos. Os EUA lideram essa “guerra às drogas” que, para muitos autores, é uma guerra perdida.

O Brasil, historicamente, assimilou o modelo proibicionista norte-americano e segue na onda do combate às drogas ilícitas com pouca ou nenhuma efetividade em eliminar essas substâncias do mercado. Os brasileiros que pagam essa conta são principalmente os jovens negros moradores das vilas das periferias das grandes cidades. Fora do mercado que absorve apenas alguns e deixa a maioria sem perspectivas de uma vida melhor, esses jovens, por vezes, encontram na venda e consumo de drogas algo que os transporta para um mundo de poder e prazer totalmente efêmero e mortífero.

A política proibicionista do Brasil teve oscilações entre uma abordagem mais ou menos liberal, conforme o momento político que se encontrava. O Ministério da Saúde foi o braço do executivo que primeiro deu mostras de encarar a problemática das drogas com mais realismo e menos moralismo, embora o passado dos representantes do saber médico mostre uma forte aliança entre Saúde e Segurança visando à garantia da ordem social e à exclusão dos usuários de drogas psicotrópicas. A área técnica de saúde mental foi a que encampou essa política mais progressista defendendo a Redução de Danos como modelo a ser seguido na

abordagem ao usuário de drogas, em contraposição aos órgãos responsáveis pela elaboração das políticas sobre drogas como a SENAD.

No entanto, veremos, no próximo capítulo, que a comoção social, o horror que uma nova droga desperta na sociedade, seus modos de uso, a larga campanha midiática fortalecendo essa demonização, além de compromissos assumidos na campanha presidencial contribuíram para uma posição mais repressiva do Governo Federal em relação às drogas, com o surpreendente apoio do Ministério da Saúde, que defende, agora, a parceria com as Comunidades Terapêuticas e a internação involuntária. O crack é a droga da vez. Dedicaremos o próximo capítulo para explicitar um pouco melhor o que esse fenômeno representa na atualidade e como o governo responde ao apelo social correspondente.

3 CRACK: O QUE É PRECISO VENCER?

“No meio de todo caminho sempre haverá uma pedra.”⁸

No capítulo anterior discutimos as respostas do Estado brasileiro em relação às drogas e como elas caminharam predominantemente de acordo com o modelo proibicionista norte-americano. Mesmo considerado hoje como um empreendimento fracassado, o Brasil continua a insistir nesta guerra perdida. De fato, a Guerra às Drogas não reduziu a demanda, nem a oferta das substâncias eleitas como ilícitas, apenas fomentou um mercado ilegal violento que vitimiza especialmente aqueles que se localizam na base da pirâmide social.

Além disso, a partir dos pronunciamentos do Ministro da Saúde, Alexandre Padilha⁹, acerca da pertinência do tratamento involuntário para os usuários de crack, parece que não apenas o Brasil decidiu insistir na rota do proibicionismo, como também endurecer o discurso antidrogas. Em sua fala o Ministro se baseia em uma possível epidemia do crack, que, como veremos, não se baseia em dados epidemiológicos, para justificar a involuntariedade do tratamento. A disseminação do discurso de que haveria uma epidemia do crack legítima, perante a sociedade, intervenções arbitrárias e autoritárias do governo. Apesar disso, as intervenções de governos locais, como as que ocorreram no início de 2012 na dita Cracolândia de São Paulo, colheram os bons frutos de chamar a atenção da mídia para o ponto de vista do usuário. De fato, pouco ou quase nada se noticia sobre quem são esses usuários e a quantidade de jovens negros, pobres que são assassinados pelo tráfico. De acordo com Karam (2012), o tráfico só existe porque existe a ilegalidade, mas sobre isso o Estado brasileiro e a sociedade parecem não ter palavras.

Também vimos no capítulo anterior que as drogas acompanharam a história do homem e pode-se afirmar que para cada época há uma droga específica. Para a elite brasileira do Brasil cafeicultor, a cocaína que aproximava esta elite dos europeus, para a geração da contracultura a cannabis. O crack não deixa de ser o retrato de nossa contemporaneidade.

Para a atual sociedade capitalista o consumo tornou-se mais do que uma necessidade, passou a ser um imperativo. O consumo compulsivo é o motor do capitalismo. O prazer fugaz produzido pelo crack é o mesmo produzido pelo consumo nos novos tempos. A satisfação com a aquisição dos objetos é passageira, da mesma forma que é breve o intervalo que

⁸ SILVA, Rosimeire. Artigo publicado no Almanaque On-line, n° 9, 2011.

⁹ Em entrevista à Revista Veja de 16/11/2011, o Ministro da Saúde, Alexandre Padilha, afirma ter visitado a Cracolândia em São Paulo e ter visto a deterioração que o crack causa e que por isto defende a internação involuntária dos usuários.

suportamos entre o desejo e a satisfação: quase nada. Isso não é sem efeitos, obviamente. Uma sociedade onde o consumo passa a ser inadiável produz consumidores consumidos. O consumo é um vício, o descarte também. Segundo Bauman, citado por Silva (2011), a síndrome consumista, ao diminuir o intervalo de tempo entre o querer e a apropriação, é logo seguida pela remoção de dejetos, e o prazer pela aquisição não é duradouro. Uma anedota simples ilustra muito bem esse fenômeno atual. Ela descreve um casal de idosos e um jovem que surpreso com a longa duração da união dos anciões, pergunta: como vocês conseguiram ficar tanto tempo juntos? O velhinho responde: no meu tempo, quando algo estragava a gente aprendia a consertar e não a jogar fora.

Na contemporaneidade, ao contrário, aprende-se a descartar. Tudo e todos. Os usuários de crack mostram bem o resto, o imundo do mundo capitalista, o que não é apropriado pelo sistema é descartado. Fotos na mídia que mostram usuários nas cenas de uso, junto com o lixo são bem emblemáticas desse fenômeno contemporâneo.

Na primeira seção deste capítulo, 3.1, mostraremos como o crack emerge no cenário brasileiro, o impacto social diante de sua propagação e o apelo dele decorrente para que o Estado apresente respostas efetivas de combate a esse mal. Na seção seguinte, 3.2, mostraremos como o Governo Federal é impelido a construir uma política atípica, considerando suas últimas ações, na tentativa de responder a problemática das drogas. Isso porque, além de incluir as Comunidades Terapêuticas no Sistema de Saúde, ele defende a involuntariedade do tratamento e a metodologia da redução de danos. Na última seção apresentaremos finalmente o plano “*Crack, é possível vencer!*” lançado no início de dezembro de 2011 pelo Governo Federal.

3.1 A emergência do fenômeno crack na sociedade brasileira

De acordo com Melotto (2009), o crack surgiu nos EUA e Canadá na década de 1980 e, aproximadamente, dez anos depois, no Brasil. O nome da substância advém do ruído de estalo ou crepitação produzido pelas pedras quando aquecidas. Habitualmente, o crack é fumado em cachimbos improvisados ou em cigarro misturado à maconha, composição conhecida como “mesclado”. O crack é, em última análise, a cocaína em uma apresentação possível de ser fumada, ou seja, em forma de pedras, agregada a outras substâncias que podem, inclusive, deixar a composição final mais tóxica. É importante lembrar que a cocaína, através da folha de coca, está presente na vida da humanidade desde as civilizações pré-

colombianas, nos Andes, ou seja, há mais de 4.500 anos, não se tratando, portanto, de uma substância nova.

O surgimento e a disseminação da cocaína fumada, ou crack se relaciona, de acordo com Melotto (2009), principalmente ao seu valor reduzido, porque no preparo do crack são adicionadas outras substâncias mais baratas ao cloridrato de cocaína, o que reduz, sobremaneira, seu custo. Também se pode atribuir o aumento do consumo de crack à busca pelos consumidores de efeitos mais intensos do que os da cocaína inalada; à sua forma de administração mais segura, se comparada à cocaína injetável, que apresenta um risco elevado de overdose e de contágio de doenças como AIDS e hepatite C; à facilidade de acesso através da proliferação de fornecedores e à forma de administração mais simples se comparada à cocaína injetável, que requer insumos mais complexos.

No entanto, conforme Nappo, Sanches e Ribeiro (2012), com o tempo algumas destas vantagens mostraram-se ilusórias, como o custo reduzido e a segurança em relação ao contágio de doenças como AIDS e hepatite C. A compulsão comumente leva o consumidor a repetir o uso várias vezes, o que torna o consumo do crack mais dispendioso do que a cocaína em pó. Outra crença, aquela que afirma que o crack é mais seguro do que a cocaína injetável, do ponto de vista de contágio do vírus da AIDS, também é um engodo, uma vez que os usuários de crack passaram a trocar sexo sem a proteção de preservativos pela droga, contribuindo para um risco elevado de contrair não só a AIDS e hepatite C, como todas as demais doenças sexualmente transmissíveis.

Inicialmente, o crack foi utilizado principalmente por pessoas das classes mais desfavorecidas dos grandes centros urbanos, o que, certamente, favorece a associação ainda hoje desta droga ao gueto e à transgressão. A penetração do crack nas camadas mais desprotegidas da sociedade faz com que seus efeitos sejam ainda mais perversos. Neste contexto de consumo do crack, misturam-se de maneira complexa questões que dizem respeito ao setor da saúde, da educação, da cultura, da assistência social e da segurança. No entanto, a degradação que as cenas de uso exibem reforça a associação do usuário com a ilegalidade, disseminando a opinião equivocada de que o fenômeno do uso do crack deve ser tratado como um problema de segurança pública e não de saúde, desenvolvimento social e educação, por exemplo. Para a opinião pública, a substância crack é responsável por toda deterioração que a sua vista alcança. Embora essas cenas de uso incomodem bastante, de acordo com Medeiros (2010) e com o depoimento de profissionais que trabalham nas cenas de uso, esses locais também conhecidos como Cracolândias, não englobam a totalidade do

universo de consumidores de crack. A cocaína fumada está presente hoje em todas as classes sociais, inclusive no meio rural.

A gente percebeu uma incidência muito grande de pessoas da classe média nesta cena, porque a vila é mais reservada. Ela tem uma ruazinha assim... é mais discreto, não é uma coisa tão escancarada. Então, muitas pessoas de classe média, até classe média alta, trabalhadores de empresa, que chegam crachazados, empresas conhecidas. (...) no horário de almoço, vai e compra. Isso aparece muito na vila, para carrão... Assim que a gente vê que atinge outras camadas da população. (Trabalhador Consultório de Rua)¹⁰

Esta fala de um dos entrevistados mostra que há pessoas que utilizam o crack e que conciliam esse hábito com uma rotina de trabalho, o que indica a existência de usos mais ou menos controlados da substância. Isso desmistifica um forte tabu relacionado ao crack de que todo usuário seria compulsivo e que acabaria rompendo seus laços profissionais, sociais e familiares. Ou seja, embora o crack seja uma substância que facilite um uso descontrolado, essa sua característica não é o bastante para reduzir todo consumidor em usuário compulsivo. Da mesma forma que qualquer outra substância psicoativa, as características psíquicas e sociais de quem a utiliza interferem na forma de uso. No entanto, há uma forte crença social de que não há formas recreativas de consumo desta droga, uma vez iniciado o uso, apenas a internação seria efetiva para resolver o mal desencadeado.

Segundo o ex-secretário de Justiça do governo Lula, Pedro Abramovay (2012), em entrevista à revista CULT, o inconveniente da internação é que ela cria uma situação artificial, contribuindo para desestruturar ainda mais a vida do paciente. Na opinião de Abramovay, a internação deve ser um instrumento usado em casos específicos, como exceção, e não como regra. Tratar o usuário dentro de seu contexto, em regime ambulatorial, sem retirá-lo da sociedade e, conseqüentemente, a sociedade dele, parece ser a metodologia mais favorável. No entanto, a internação como a única forma de conter o uso do crack é outro tabu, especialmente entre os usuários:

Um paciente aqui, melhorando visivelmente, virou pra mim e falou assim: doutora eu preciso me internar para tratar. Eu falei assim: você já está em tratamento aqui. Ele falou: não, eu sei que aqui é local de tratamento, mas eu preciso me internar... Ele insistiu que ele precisava se internar para tratar. Essa ideia é um desserviço que todos nós fazemos, mídia, quando a gente coloca que o único jeito de tratar é internando. (Gestor CAPSAD)¹¹

¹⁰ Trecho de entrevista realizada pela autora em 06/12/2012

¹¹ Trecho de entrevista realizada pela autora em 05/01/2013

Alguns estudos antropológicos (Medeiros, 2010) e o depoimento de profissionais que acompanham esses pacientes não confirmam a crença de que a única forma de consumir o crack é se devastando. Ao contrário, há registros de uso prolongado, controlado, intenso, com interrupções de semanas, ou meses, ou seja, há diversas formas de uso do crack, como acontece com todas as demais drogas, lícitas ou não. Há diferentes maneiras do usuário se relacionar com essa substância.

A maioria dos usuários que acompanhamos eles têm casa, têm família, fazem um movimento assim, ficam três, quatro meses usando, aí retornam para casa, ficam cinco, seis meses em casa, sem usar, depois aparecem de novo. (Trabalhador Consultório de Rua)¹²

E aí ele explicou isso, que antes ele fumava dez pedras, todos os dias, na rua. Logo que ele começou o tratamento ele começou a pensar que talvez não fosse por aí, que não era, que ele estava perdendo muitas coisas, talvez ele quisesse mudar um pouco este estilo. Ele passou a comprar quatro, duas para ele e duas para o irmão dele, o irmão dele também era usuário. E levar para casa, além de levar para casa, ele separava, você vai usar no seu quarto, eu vou usar no meu. (...) E aí só final de semana. E aí conseguiu usar só final de semana. Ele não conseguiu parar totalmente, abstinência total não conseguiu, mas ele colocou controle, um uso altamente controlado. (Gestor CAPSAD)¹³

Apesar disso, não se pode desconsiderar que os efeitos do crack no organismo são muito mais intensos e efêmeros do que a cocaína inalada. Conforme Melotto (2009), a fumaça vai do pulmão ao cérebro quase que instantaneamente, pois o pulmão é bem mais irrigado do que a cavidade nasal. Sua ação atinge o pico entre dois e três minutos depois. E a sensação de prazer intenso, a “onda” como costuma ser chamada pelos usuários, não ultrapassa 10 minutos. À euforia seguem-se sintomas de fadiga, tristeza e até sensação de perseguição, a famosa “noia”, uma analogia à paranoia, quadro psiquiátrico que tem como sintoma uma sensação desmedida e injustificável de desconfiança. Daí também a designação de “noiado” aos consumidores, especialmente àqueles que fazem um uso compulsivo e descontrolado da substância.

Conforme Bizzoto (2010) o uso descontrolado é comum porque na tentativa de repetir essa experiência de êxtase ou para se livrar da sensação de desconforto o consumidor tende a repetir indefinidamente a experiência, aumentando as chances de causar dependência química. Após a instalação da dependência química, que se caracteriza por um padrão de uso mal adaptativo que inclui consequências adversas tanto físicas quanto psicológicas e sociais, o consumo tem como principal finalidade afastar o mal estar, ou seja, a sensação de desconforto

¹²Trecho de entrevista realizada pela autora em 06/12/2012

¹³Trecho de entrevista realizada pela autora em 05/01/2013

e tristeza que advém após o breve período de euforia. A dependência física relaciona-se a uma tentativa de adaptação do corpo, que “reclama” quando o uso da substância é interrompido. A dependência psíquica está relacionada à compulsão do uso, uma vontade menos ou mais descontrolada de usar a substância, muitas vezes para aliviar tensões, medos e/ou ansiedades. Quando essa vontade é muito forte e urgente, diz-se que o sujeito está “fissurado”. Outro acontecimento comum dentre os consumidores de crack é o *binge* que corresponde ao uso da substância de forma intensa e compulsiva, sem intervalos, o que pode durar dias. Isso habitualmente leva a uma exaustão física e psíquica, porque o usuário não se alimenta, não se hidrata, fica extremamente emagrecido e torna-se descuidado de sua aparência e higiene pessoal.

É importante, no entanto, reforçar que o estabelecimento de uma dependência não se relaciona exclusivamente à substância em si, mas também ao sujeito em questão. Pode-se dizer que a dependência corresponda à perda de autonomia do sujeito em relação à droga. É também importante reforçar que nem todo uso frequente é um uso compulsivo ou descontrolado, e que “fissura” não pode se confundir com abstinência. Fissura está relacionada à vontade intensa de usar a substância e abstinência é uma síndrome, ou seja, um conjunto padronizado de sinais e sintomas, com características orgânicas, que correspondem à necessidade do organismo em receber uma substância que estava sendo usada com frequência. De acordo com uma de nossas entrevistadas, os efeitos mais recorrentes da falta do crack estão relacionados ao campo psicológico e não ao orgânico, o que caracterizaria uma síndrome, como no caso do álcool.

Aí ele vai sentir taquicardia, uns sentem taquicardia, outros não sentem, uns sentem sudorese outros não sentem, e aí há uma frase da USP, do CEBRID: todas as síndromes que não forem padrão, ou seja, para todos, todos vão sentir a mesma coisa, tudo que não for padrão, é a prova científica de que não é físico. Isso não sou eu que estou falando, quem fala é a USP, que fala. O álcool é padrão, 100% das pessoas que abusarem e se transformaram em alcoólicas vão apresentar vários destes sintomas ou algum destes sintomas, não vai variar, é padrão. Com o crack, com a cocaína, não tem. É a prova científica de que não é físico. E isto desbanca todos os desenhos de internação hospitalar. (Gestor CAPSAD)¹⁴

Onde que trata a fissura do usuário de crack? No CAPS, porque fissura é um desejo compulsivo psíquico, portanto, ele não é físico, é um desejo compulsivo de fazer uso da droga. (Gestor CAPSAD)¹⁵

Assim sendo, a compulsão, ou a fissura, considerada como um sintoma de ordem psicológica permite que o usuário seja tratado em um regime aberto. O mesmo não ocorre

¹⁴ Trecho de entrevista realizada pela autora em 05/01/2013

¹⁵ Trecho de entrevista realizada pela autora em 05/01/2013

com os etilistas pesados, que diante de uma crise de abstinência grave, requerem dispositivos mais avançados, por vezes leitos em hospital geral.

Apesar disso, percebe-se que o retrato do consumidor de crack insistentemente divulgado pela mídia é aquele da pessoa sem controle, violenta, sem crítica sobre seu estado. Essa imagem tem despertado pânico e rechaço na população em geral. A mensagem transmitida é de que todos os usuários são assim, sendo a forma degradante de uso a única possível. Os usuários são mostrados como zumbis, com um cobertor escondendo suas faces, certamente para se esconder da sociedade que os teme e os condena, uma tentativa de apagamento de si próprio.

Em seu artigo para o Observatório da Imprensa, site cujo foco é avaliar o conteúdo dos meios de comunicação em massa do Brasil, intitulado *A “epidemia” do crack: o cultivo científico da ignorância*, Moretzohn (2012) faz uma crítica consistente sobre a forma como a mídia nacional tem abordado a questão do crack. Ela relata que a intensa abordagem sobre o crack converge para o senso comum, assimilando o discurso médico, de forma acrítica. Segundo ela, a fonte para as entrevistas são sempre médicos dispostos a dar seu depoimento, sem esquecer-se de citar a palavra “devastador” ao se referir ao crack e seus efeitos. Moretzohn afirma que esses médicos, que inclusive defendem a internação involuntária dos usuários, são, muitas vezes, donos de clínicas particulares que atendem aqueles que sofreriam da “devastação” do crack. Ou seja, o discurso de demonização do crack veiculado pela mídia atende aos interesses econômicos das próprias fontes.

Ainda de acordo com Moretzohn (2012), o que tem sido veiculado na mídia é que o crack deve ser abordado apenas pelo viés da Saúde e da Segurança e ambas devem intervir de forma repressiva. A Segurança prendendo quem vende e a Saúde internando involuntariamente quem consome. A cena de usuários da chamada Cracolândia do centro de São Paulo jogando pedra nos carros da imprensa, ao invés de significar o óbvio, ou seja, que essas pessoas não queriam ter suas imagens usando uma substância ilegal, em lugares sujos e degradantes, divulgadas pela imprensa, sendo inclusive uma manifestação legítima, já que as pessoas têm direito à própria imagem, foi interpretada pela mídia como demonstração da periculosidade e agressividade associada ao uso do crack.

Outra importante contribuição do artigo de Moretzohn (2012) é revelar que foi só quando a mídia passou a ouvir o outro lado, isto é, os usuários de crack, se aproximar deles, observar suas ações, conhecer suas histórias, que os repórteres se convenceram que não se tratava de pessoas incapazes, perigosas, com seus neurônios queimados pela substância, como afirma o discurso predominante na sociedade. Foi possível concluir, portanto, que os

jornalistas não questionavam suas fontes porque seus próprios preconceitos bloqueavam a perspectiva da dúvida, que deveria ser inerente a todos os profissionais do meio jornalístico.

Essa mudança na abordagem da mídia, que passou a divulgar não só o que diziam sobre o usuário, mas também a fala dos mesmos, talvez seja o único aspecto positivo das ações higienistas realizadas nas “Cracolândias” pela polícia, deflagradas pelo governo das grandes cidades como Rio e São Paulo, no início do ano de 2012. Em janeiro de 2012 a prefeitura de São Paulo iniciou na Cracolândia uma intervenção oficialmente denominada “Plano de Ação Integrada Centro Legal”, mas que acabou se popularizando como “Estratégia Dor e sofrimento”. De acordo com Martins e Vieira (2012) a intervenção consistia basicamente em provocar a abstinência nos usuários de forma dramática e truculenta, dispersando consumidores e fornecedores de crack da maior cena de uso da cidade, através de ações de policiais montados em cavalos e munidos de bombas de gás lacrimogênio e balas de borracha. De acordo com a reportagem de Martins e Vieira (2012), o coordenador de política sobre drogas da Secretaria de Estado da Justiça e da Defesa da Cidadania da cidade de São Paulo, Luiz Alberto Chaves de Oliveira, mentor da intervenção, afirma que o convencimento pela busca de tratamento não deveria advir da razão e sim do sofrimento. No entanto, foi assim que a mídia se interessou pelos usuários de crack, desvelando quem eram e como viviam essas pessoas, além de chamar a atenção do Ministério Público e entidades de defesa dos Direitos Humanos sobre a violação dos direitos civis destas pessoas.

No capítulo anterior, foi dito que a imagem social do usuário de determinada droga interfere em seu comportamento e na maneira como ele usa a substância. O crack e, por contaminação, as pessoas que o consomem na cena pública são a face visível da miséria urbana, o que sobra e precisa ser removido. Paradoxalmente, apesar dos cobertores tampando o rosto dos usuários, há um incômodo desvelamento nas cenas de uso, que contribui para o rechaço social do crack. Essa “nudez” foi, na opinião dos nossos entrevistados, o motivo da intensa demonização desta substância:

As pessoas ficam feias, muito marginalizadas, sujas, sofridas, se prostituem, cometem furtos, os lugares onde usam são feios, muito degradantes, acho que enxergar essa realidade é muito ruim. Eu acho que é mais uma pressão social e midiática do que uma questão sanitária, propriamente dita. (Trabalhador CAPS)¹⁶

As pessoas ligam [...] dizendo que o pessoal está fazendo sexo no meio da rua. Porque perde um pouco a noção assim, do quê que é. Não fica burro, não fica psicótico e não se transforma numa pessoa incapaz de decidir, ele sabe exatamente o

¹⁶ Trecho de entrevista realizada pela autora em 08/08/2012

que está fazendo, ele não se preocupa, é diferente, dizer que o cara é incapaz de decidir, ou que ele não sabe o que está fazendo, não é verdade. (Gestor CAPS AD)¹⁷

A gente nunca passou por nenhum momento delicado de violência ou de falta de respeito, dos usuários com a equipe de Consultório de Rua. Nunca presenciamos isso, assim, e olha que a gente está dentro da cena, ao lado do usuário, no momento do uso e eu acho que isso é um mito, assim, que a mídia construiu, em torno do crack... (Trabalhador do Consultório de Rua)¹⁸

As condições das cenas de uso são sempre muito degradantes. Elas incomodam, além disso, elas são em locais muito visíveis na cidade. No centro da cidade, normalmente são lugares abandonados, degradados e que os usuários se juntam ali, para fazer o uso e aquele lugar vai ficando cada vez mais abandonado, tem um acúmulo de lixo, tem um acúmulo de sujeira e tudo isso vai sendo associado à figura do usuário de crack. (Representante da Coordenação Municipal de Saúde Mental)¹⁹

Outro fator que contribui muito para a marginalização e discriminação do usuário de crack é a crença de que esse se tornaria mais violento devido à ação da substância em seu organismo, ou da “fissura”, decorrente da interrupção de seu uso. Em relação à “fissura”, resta saber se, enquanto uma vontade incontrollável, ela pode compelir o sujeito a cometer atos ilícitos, como roubo e assassinatos.

De acordo com a pesquisa de Medeiros (2010), o usuário de crack não planeja seus delitos, nem utiliza arma de fogo, pois seu objetivo é adquirir dinheiro rápido para comprar uma droga barata. Ou seja, pequenos furtos, sem complicações com a polícia e de objetos de fácil acesso e escambo. Diante disso, alguns dos entrevistados no estudo de Medeiros (2010) afirmaram que o usuário de crack não é perigoso porque ele só quer a troca de mercadorias e, por isso, o interesse é, por exemplo, no esmalte de uma farmácia ou no isqueiro de um bar. Parece ser consenso entre os estudiosos do tema como Karam (2012); Medeiros (2010); Toledo (2010) e Melotto (2009), que a violência associada ao crack diz respeito muito mais ao tráfico, sua forma de organização, do que à substância ou ao uso da mesma. Neste sentido, o depoimento de uma entrevistada é impactante:

Então, percebemos com os usuários que acompanhamos, às vezes há uma violência, por exemplo, muito voltada para os olheiros, por exemplo, são usuários que fazem uso de drogas e também estão prestando algum serviço para o tráfico. Às vezes em função: ah, perdeu a droga, ah não levou o dinheiro conforme combinado. Vemos muita agressão por parte disso. [...] Às vezes, tentamos proteger, por exemplo, os adolescentes, os portadores de sofrimento mental, que se colocam mais em risco nesta cena, pela falta de crítica mesmo, muitas vezes vemos portadores de sofrimento mental apanhando do tráfico, mas por quê? Porque toda hora vai lá, e pede: ah, me dá mais um, ah, aí acaba arrumando confusão [...]. Neste território que

¹⁷ Trecho de entrevista realizada pela autora em 05/01/2013

¹⁸ Trecho de entrevista realizada pela autora em 06/12/2012

¹⁹ Trecho de entrevista realizada pela autora em 12/12/2012

acompanhamos, presenciamos uma cena de violência grave, que foi com adolescente que chegou até a vir a óbito no último mês. Era um adolescente que estava fazendo um serviço de aviãozinho para o tráfico. É o que leva de um ponto a outro, para a distribuição. Chegou a perder algumas pedras, e aí era muito sem críticas, ele foi agredido gravemente, e teve um traumatismo craniano. Bateram nele com pé de cabra, na cabeça dele. [...] Essa violência de assassinato, de morte, está muito ligada aos adolescentes, é uma coisa assim, que os meninos estão morrendo mesmo, vítima do tráfico. (Trabalhador do Consultório de Rua)²⁰

Em relação aos efeitos do crack no organismo e sua relação com a violência Dias e Pinto (2006) afirmam que, enquanto uma das formas de apresentação da cocaína, o crack é um psicoestimulante da mesma forma que as anfetaminas – ainda muito prescritas por profissionais em composições usadas como moderadores de apetite, e a cafeína, que é o estimulante do sistema nervoso central mais utilizado no mundo. Portanto, enquanto psicoestimulante, o crack pode causar irritabilidade, nervosismo, agitação, diminuição do limiar de frustração, o que, por conseguinte, contribui para gerar intolerância e agressividade verbal ou física. Resta saber até que ponto esses efeitos podem ser responsáveis por um ato de violência ou outro delito.

Autores que defendem que os usuários de crack tendem a ser mais violentos como Saporì (2010), alegam que o crack gera consumidores mais compulsivos, conseqüentemente, mais endividados e com maiores chances de cometer roubo para pagar suas dívidas. De fato, histórias de furto doméstico de objetos entre os usuários de crack são muito comuns. No entanto, se a fissura ocasionada pela falta da substância é de ordem psicológica e não orgânica e se cada indivíduo responde a ela de forma diferente, parece equivocado atribuir ao crack o poder exclusivo de causar a violência. Além disso, pensando que os efeitos do crack são efêmeros, talvez o consumidor prefira curtir esses efeitos a fazer algo que desperdice esse prazer.

Após termos apresentado a substância crack, descrevendo suas origens e conseqüências sociais, passaremos a analisar a forma como o Governo reagiu à propagação do uso desta substância no Brasil. Veremos que a demonização do crack contribuiu para que o Governo Federal optasse por realizar políticas públicas na linha do combate à mesma. O *Plano Integrado de Enfretamento ao Crack e outras drogas*, do governo Lula, e seu desdobramento no governo Dilma denominado, *Crack, é possível vencer* são políticas públicas que remetem a forma de abordagem do tema, sugerindo uma posição mais combativa do que a que estava sendo adotada, focalizando uma substância que não é a mais utilizada

²⁰ Trecho de entrevista realizada pela autora em 06/12/2012

pelos brasileiros. Na próxima seção tentaremos uma aproximação de como se processou essa mudança na posição do governo e lançar um pouco de luz em seus bastidores.

3.2 Os Governos Lula e Dilma e a nova política sobre drogas

Como vimos na seção anterior, nos últimos anos houve no Brasil um crescente e ruidoso clamor social e midiático sobre os malefícios do crack e o avanço de seu consumo, diversas vezes denominado de epidemia. No entanto, o último levantamento sobre o uso de substâncias psicoativas realizado entre estudantes do ensino fundamental e médio, público e privado, de todas as capitais do país e do Distrito Federal pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Carlini et al, 2010) mostra que não houve aumento da utilização de crack no universo pesquisado. Se comparados os anos de 2004 e 2010, o percentual de estudantes que afirmaram ter usado crack no último ano que antecedeu a entrevista baixou de 0,7% para 0,4%. De fato, o álcool continua sendo a droga mais utilizada entre os estudantes, embora também tenha reduzido o percentual de consumo no ano: de 63,3% em 2004 para 41,1% em 2010.

Portanto, o Estado demonstraria racionalidade se investisse em políticas públicas que prevenissem o uso abusivo de álcool e outras drogas e reduzissem os danos individuais e sociais consequentes deste uso e não em políticas focadas no combate ao crack, uma substância com baixa penetração entre a população, se comparada ao uso do álcool. Apesar disso, ainda na gestão do Presidente Lula o governo federal lança o *Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas*, consubstanciado no decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010. (BRASIL, 2010a). Além de colocar o acento na substância e não no cuidado daqueles que fazem uso prejudicial da mesma, seguindo assim o antigo e fracassado modelo de combate à droga, a substância eleita não é a de maior uso, e sim a que provoca maiores rumores:

Esse acúmulo de lixo e sujeira vai sendo associado à figura do usuário de crack, como alguém pertencente ao imundo, como marginal, como pária social e essas imagens, essas cenas vão produzir um clamor social que legitima essas ações de caráter higienista. Que tem legitimado um apelo para intervir, para acabar com aquela cena. Porque é uma cena que incomoda, que choca, e a sociedade aplaude esse tipo de ação. E aí começam essas ações, começam a ocorrer essas ações já no apagar das luzes do Governo Lula, no plano do governo federal. (Representante da Coordenação Municipal de Saúde Mental)²¹

²¹ Trecho de entrevista realizada pela autora em 12/12/2012.

O plano de enfrentamento ao crack do governo Lula, através do inciso I do § 1º do art. 5º, prevê a ampliação do número de leitos para tratamento de usuários de crack e outras drogas. A partir disso, surge o edital nº 001/2010/GSIPR/SENAD/MS (BRASIL, 2010b), que se destina a oferecer apoio financeiro para custear leitos para quem faz uso prejudicial de drogas em Comunidades Terapêuticas. De acordo com o edital, os municípios e o Distrito Federal que apresentassem projetos de utilização de leitos de acolhimento para os usuários de drogas receberiam o incentivo financeiro, proveniente do SUS. No entanto, de acordo com dados da nossa pesquisa de campo, a adesão dos municípios não foi expressiva:

No final já do governo Lula já tinha publicado um edital para contratação de Comunidades Terapêuticas que não encontrou adesão na rede de saúde. Foi baixíssima adesão dos municípios e ainda assim o governo insiste. (Representante da Coordenação Municipal de Saúde Mental)²²

Em resposta ao plano de enfrentamento ao crack do governo Lula o movimento social responde através da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Brasília, um mês após o lançamento do plano, entre os dias 27 de junho a 1 de julho de 2010. Em seu relatório final (BRASIL, 2010c) recomenda-se a efetiva operacionalização da política nacional para usuários de álcool e outras drogas do Ministério da Saúde de 2003, o que pode ser resumido por privilegiar o tratamento em serviços abertos daqueles que fazem um uso prejudicial de drogas, em detrimento de tratamentos involuntários ou compulsórios. Neste relatório consta também:

Manter a decisão do Ministério da Saúde de não remunerar as Comunidades Terapêuticas, ECT (eletroconvulsoterapia), psicocirurgia e qualquer outra intervenção invasiva. (BRASIL, 2010c, p. 58).

Proibir o credenciamento pelo SUS de serviços especializados em alcoolismo e drogadição que preconizem internação de longa permanência ou que não submetam seu projeto terapêutico à assessoria de saúde mental do Estado, ouvindo os Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde. (Brasil, 2010c, p. 25)

Sobre a conferência de saúde mental, consta no Portal da Saúde do Ministério da Saúde que as conferências de saúde são essenciais para a construção de políticas públicas democráticas, além de destacar a importância deste dispositivo para impulsionar a Política Nacional de Saúde Mental, ampliando a rede de serviços de acordo com a Lei 10.216, que trata dos direitos das pessoas portadoras de sofrimento mental. Apesar disso, conforme

²² Trecho de entrevista realizada pela autora em 12/12/2012.

apontado no parágrafo anterior, algumas das deliberações da última conferência não foram consideradas pelo governo da presidente Dilma.

No programa de governo da candidata Dilma Rousseff à presidência, no pleito de 2010, dentre os 13 compromissos assumidos, o nono, que tem como título “universalizar a saúde e garantir a qualidade do atendimento do SUS”, está que “haverá especial atenção aos programas de saúde mental, especialmente no tratamento do alcoolismo, do consumo de crack e de outras drogas que afetam particularmente nossa juventude”. (OS 13 COMPROMISSOS PROGRAMÁTICOS DE DILMA ROUSSEFF, 2010, p. 18). Portanto, em seu plano de governo a futura presidente, embora mencione o problema do uso do crack, não o destaca em relação ao álcool, nem se esquece de mencionar esta substância, cujo uso abusivo é responsável por importante prejuízo social.

No entanto, durante o pleito, especialmente no segundo turno, o debate eleitoral acirra-se em torno de questões de conteúdo moral, especialmente a descriminalização do aborto, mas também sobre o casamento entre pessoas do mesmo sexo e, no âmbito da saúde, a questão do crack vem à tona. Sob esse aspecto, é esclarecedor o texto de Cervellini, Giani e Pavanelli (2011) mostrando que no decorrer da disputa eleitoral Dilma se enfraquecia diante dos grupos religiosos, especialmente os evangélicos, fazendo com que a candidata, que antes defendia abertamente a legalização do aborto, adotasse um tom mais moderado, chegando a afirmar que, sobre esse tema, o executivo não deveria propor nenhuma mudança na atual legislação.

O único cruzamento que apresentava uma queda mais significativa e consistente da candidata do PT era por religião. Com efeito, entre os eleitores evangélicos, dos 49% obtidos por Dilma em 26 de agosto, seu índice oscilou para 47% em 2 de setembro e novamente para 42% em 16 de setembro. [...] Esse período coincidia com a intensificação da polêmica sobre aborto com foco na candidata Dilma Rousseff. (CERVELLINI; GIANI; PAVANELLI, 2011, p.10).

Bohn (2004) aponta que, da mesma forma que os católicos, os evangélicos se expõem pouco aos meios de comunicação de massa; no entanto, ao contrário de qualquer outro grupo religioso, os evangélicos estão mais expostos às suas lideranças. Desta forma, essa menor exposição midiática, somada ao aumento de exposição diante de seus pastores e demais autoridades da Igreja, favorece a mobilização desse grupo por questões político-eleitorais, de acordo com as orientações desses líderes. Isso explica a importância do apoio dos evangélicos nos últimos pleitos eleitorais. Isso também pode estar relacionado com a aproximação ainda maior, se comparada ao seu antecessor, da presidente Dilma com as Comunidades Terapêuticas. Veremos que através do plano de combate ao crack, o repasse de recurso

público, inclusive do Ministério da Saúde, a essas instituições torna-se facilitado e que, conforme já foi citado no capítulo anterior, as mesmas são em sua grande maioria dirigidas por grupos religiosos.

Além disso, nas entrevistas realizadas surge que dentre as possíveis motivações para a presidente Dilma designar o aporte de recurso financeiro para as Comunidades Terapêuticas enquanto dispositivo de cuidado às pessoas que fazem uso nocivo de drogas estão a pressão da bancada evangélica no Congresso Nacional, acordos de campanha necessários para que fosse possível Dilma governar com o apoio do Congresso e o próprio perfil conservador em relação às drogas da presidente e seu antecessor, Lula. A posição de alguns parlamentares da Câmara dos Deputados será discutida mais adiante.

A Conferência de 2010 que foi no final do governo Lula e a Conferência de Saúde Mental [também realizada em 2010] reafirmam a política de álcool e drogas dentro dos princípios do SUS e já apontam que as Comunidades Terapêuticas não deveriam ser incluídas como serviços de saúde. [...] Só que na disputa presidencial, o debate foi marcado por questões morais entre os dois candidatos que foram para o segundo turno, Dilma e Serra, né? Foi o aborto e a questão das drogas. E o que se sabe é que nessa disputa, até pra fazer frente a todo o empuxo à direita que o Serra promoveu, a coligação que apoiava a Dilma teve que fazer acordos políticos e um dos acordos foi com setores religiosos. [...] Hoje, no Congresso Nacional, nós temos 81 parlamentares que formam a bancada evangélica. (Representante da Coordenação de Saúde Mental)²³

Nós temos várias questões, enquanto não houver uma reforma política neste país, quem estiver no governo tem que fazer alianças, senão não governa. [...] Eu tenho que reconhecer que com essa estrutura política que o país tem quem está no governo, se não fizer inúmeras alianças políticas, não governa. [...] Segundo, na eleição passada veio à tona a questão do aborto, do casamento gay, temas extremamente polêmicos, de um moralismo enorme e que chegam ao segundo turno. É visível, é claro que a Dilma teve que fazer algum acordo com as entidades religiosas. Com as Igrejas em geral. Ela teve que fazer acordos, não tenho dúvidas. E terceiro, o Lula e a Dilma são uns caretas. O Lula é um horror do ponto de vista da droga. Cara de pau. Visão reacionária, conservadora. Eu acho. Essas três coisas, nesta ordem de importância. (Representante do Fórum Mineiro de Saúde Mental)²⁴

Todavia, no início do Governo Dilma a posição do executivo parecia ser de apoio à referida Política Nacional de Saúde Mental. Em 03 de janeiro de 2011, em seu discurso de posse, o Ministro da Saúde Alexandre Padilha, dentre outras pontuações, aborda a temática das drogas, mostrando-se bem alinhado aos princípios gerais da Reforma Psiquiátrica. Ou seja, o Ministro recém-empossado ressalta a importância de incluir o usuário, especialmente de crack, no sistema de saúde, quebrando preconceitos e respeitando seus direitos de cidadão.

²³ Trecho de entrevista realizada pela autora em 12/12/2012

²⁴ Trecho de entrevista realizada pela autora em 14/08/2013

Alertou que a assistência às pessoas que fazem uso prejudicial de crack se beneficiaria do empoderamento político das mesmas, utilizando os conselhos gestores e o movimento social.

Sei que os serviços de atenção não podem fazer com que as pessoas percam sua autonomia, percam o contato com a família, percam o contato com o espaço social onde se constrói sua identidade. Porque nós não queremos pessoas permanentemente internadas, nós queremos evitar esse mal e fazer com que as pessoas sejam ativas e protagonistas na vida e que continuem a viver. (PADILHA, 2011).

Deste modo, em seu discurso o Ministro mostra intenção de avançar com a política iniciada no Governo Lula abrindo mais espaços para atendimento dos usuários de crack. No entanto, ele sinaliza que a direção é manter os princípios da reforma psiquiátrica, ou seja, oferecer tratamento em serviços abertos, voluntários, com base no território, sem segregação social porque não é de outra coisa que trata a reforma psiquiátrica.

Apesar disso, não se pode desconsiderar que, no mesmo discurso, Alexandre Padilha (2011) mostra sua disposição em se aproximar do que ele nomeia “sistema complementar ao SUS”, chamando a atenção para a importância de se reconhecer o papel da saúde complementar para os brasileiros. Segundo Alexandre Padilha (2011), o aumento do poder aquisitivo do trabalhador brasileiro proporcionado pela redistribuição de renda do Governo Lula ampliou o acesso desses brasileiros ao sistema complementar.

É que nós, da Saúde Pública, não podemos negligenciar a situação da saúde complementar do país e o papel que ela tem ao ofertar serviços de saúde para mais de 40 milhões de brasileiros. E tem uma tendência a isso aumentar porque o governo do presidente Lula formalizou muitas pessoas no mercado de trabalho e o governo da presidenta Dilma vai continuar formalizando muitas pessoas no mercado de trabalho. [...] Nós queremos estabelecer o mais rápido possível esse fórum de diálogo com a saúde complementar, para que a gente possa construir uma agenda comum, como disse a presidenta Dilma, de parceria, de reconhecimento das complementaridades que temos entre nós. (PADILHA, 2011).

A fala do Ministro deixa em suspenso o que poderia ser essa “parceria” com o setor que compõe a rede privada de saúde. Como já foi dito anteriormente, no plano de combate ao crack, lançado no final de 2011 pelo Governo Federal, as Comunidades Terapêuticas são contempladas com a possibilidade de repasse de recurso financeiro do SUS. Embora, tradicionalmente, como foi discutido no segundo capítulo, o Ministério da Saúde não considerasse essas entidades como serviços de saúde. Deste modo, e a partir da fala do ministro, pode-se questionar se, para o Estado, as CT passariam a ser instituições que poderiam complementar o SUS na assistência aos usuários de droga, construindo uma parceria na gestão do cuidado desses usuários.

Portanto, embora em seu discurso Padilha exalte a Reforma Psiquiátrica, ele também, na sequência, fragiliza um dos pilares da Reforma Sanitária Brasileira ao falar de parceria entre o setor suplementar e público. Esse trecho de sua fala certamente incomodaria qualquer militante que tivesse participado da Reforma Sanitária, movimento político que preconizou um sistema de saúde único, para todos os brasileiros, sem considerar cor, raça e inclusive renda. A Reforma Sanitária, precursora do SUS, deixou claro que a privatização da saúde não garante o acesso e nem a qualidade na prestação de serviços aos brasileiros, muito antes pelo contrário. E não foi por acaso que “todo o esforço da sociedade brasileira, desde a Constituição de 1988, caminha no sentido oposto, ou seja, na tentativa de inscrever a saúde como um direito de cidadania e não um bem a ser adquirido no mercado.” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011, p. 194)

Em novembro de 2011, um mês antes do lançamento do plano de combate ao crack da presidente Dilma, a sociedade civil organizada, através da Comissão de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia, publica o relatório de sua 4ª Inspeção Nacional nos locais de internação para usuários de drogas. Em todas as 68 Comunidades Terapêuticas visitadas pela comissão encontrou-se violação de direitos, como cárcere privado, castigos, violação de correspondência, menores convivendo com adultos.

O capítulo maus tratos, violência física e humilhação não é pequeno. Neste encontra-se registrada a adoção de métodos de tortura, como por exemplo: internos enterrados até o pescoço (recurso terapêutico?); o castigo de ter de beber água de vaso sanitário por haver desobedecido a uma regra ou, ainda, receber refeições preparadas com alimentos estragados, além do registro de internos que apresentavam, no momento da inspeção, ferimentos e sinais de violência física. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011, p. 191)

Apesar desta manifestação contrária à inclusão das Comunidades Terapêuticas no sistema de saúde brasileiro, por alguns setores da sociedade, havia no legislativo deputados que defendiam veementemente a inclusão dessas instituições na assistência ao usuário de drogas. Esses parlamentares consideravam essas instituições mais eficientes das que as ofertadas pelo SUS, como os CAPSAD, para tratar dos usuários de droga.

No ano de 2011 foi criada uma *Comissão Especial de Políticas Públicas de Combate às Drogas* (Brasil, 2011d) na Câmara dos Deputados, composta por vinte e seis membros titulares e o mesmo número de suplentes, sendo seu presidente o deputado Reginaldo Lopes, do Partido dos Trabalhadores de Minas Gerais, e o relator Deputado Givaldo Carimbão, do PSB de Alagoas. De acordo com a transcrição da audiência pública de 14/09/2011 desta comissão especial, fica claro o prevalecente tom tendencioso e alarmista dos parlamentares

em relação ao fenômeno crack, a defesa das Comunidades Terapêuticas, a crítica aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), considerados ineficientes e/ou insuficientes no tratamento dos dependentes de crack, e a defesa do tratamento involuntário para os usuários de crack. Para termos ideia de qual foi a tônica que vigorou nessa audiência, citaremos alguns trechos da transcrição da mesma.

Não há um Deputado que não esteja preocupado com esse assunto, até porque é o maior problema de saúde pública e de segurança que nós temos hoje no País. [...] É uma discussão que tem um conteúdo ideológico e um conteúdo científico. Acho que a única coisa que temos de manter, até para entender o papel da religião e da fé, é a ideia da evidência de que aquilo ajuda na prática, de que aquilo ajuda o pessoal a manter a abstinência. (Deputado Osmar Terra - PMDB/RS) (BRASIL, 2011d, p. 26 e 27).

Quando se trata de internação compulsória dos dependentes químicos, [...] sou definitivamente favorável a essa providência, haja vista que as pessoas viciadas já não possuem mais discernimento para decidir quando pedir ajuda. [...] As drogas tiram uma das principais características do ser humano que é a capacidade de decisão quando uma pessoa não possui controle sobre si mesma. (Deputada Keika Ota – PSB/SP) (BRASIL, 2011d, p. 2 e 3).

Eu, como alguém que trabalha no terceiro setor há 35 anos, sempre senti uma resistência muito grande de um determinado segmento que às vezes se instala em algum Ministério e se opõe a qualquer atividade do terceiro setor. [...] Quem está hoje interessado vivamente – existem exceções – no problema da recuperação dos dependentes químicos? O terceiro setor. Quem está se debruçando sobre o problema, por exemplo, da prostituição que está se alastrando neste País? O terceiro setor. [...] Com relação ao problema dos CAPS, não sou contra nada, absolutamente, mas ocorre que a solução não está aí. (Deputado Padre Linhares – PP/CE) (BRASIL, 2011d, p. 14 e 15).

Mas a gente vai sentindo que todos os setores da sociedade caminham, por exemplo, para a questão da involuntariedade, ou seja, da internação compulsória. [...] É unânime a opinião: Comunidade Terapêutica. Todo mundo, eu não vi um Estado que dissesse assim: “Eu sou contra...” Não, não quero ser injusto. Acho que 60% ou 70% do setor da saúde mental está tencionado de um jeito, e não é porque é comunidade terapêutica. É terceiro setor no sistema de saúde. [...] Estou convencido de que no caso do crack, não é da maconha, do crack é fundamental o terceiro setor, que é a parte espiritual, a parte da promoção dos valores do ser humano. [...] É bom deixar claro: há vários Estados de boa relação, mas no Governo Central há uma casta comandada pelo Tykanori, que é o Coordenador da Saúde Mental do Brasil. Chegou ao ponto da Presidente Dilma... eu queria que pudessem gravar para o Brasil ver isso aqui. “Eu quero, sou Presidenta e quem manda sou eu. Eu quero as Comunidades Terapêuticas nesse processo.” (Deputado Givaldo Garimbo – PSB/AL) (BRASIL, 2011d, p. 2 e 3).

De fato, percebe-se na fala dos parlamentares que a composição Comunidade Terapêutica e internação involuntária seria a medida mais adequada para a problemática do crack. Os CAPS são considerados ineficientes para enfrentar esse desafio. E, na opinião dos

deputados que participaram dessa audiência pública, o grupo dissonante desta posição hegemônica é representado pela “turma da saúde mental”.

Já citamos no segundo capítulo que embora a portaria 336 do Ministério da Saúde de 2002 normatize os CAPS, inclusive os CAPSAD, foi preciso uma política voltada especificamente para os usuários de álcool e outras drogas, publicada no ano seguinte, em 2003, para sensibilizar os governos locais a investir nesse tipo de serviço. Naquela época, os CAPSAD instalados no país não passavam de 10% do total de CAPS. Em 2010, sete anos após o lançamento da política do Ministério da Saúde, pouco se avançou, apesar do crescimento do problema, não em termos epidemiológicos, mas de repercussão social. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a), até 2010 eram 1620 CAPS em funcionamento, sendo 258 os destinados aos usuários de álcool e outras drogas, ou seja, a proporção de CAPSAD em relação aos CAPS não passava de 15%. Embora tenha aumentado o número de CAPS e CAPSAD em termos absolutos, a instalação desse equipamento ainda é considerada incipiente, como veremos adiante. Isso certamente contribui para a imagem de ineficiente desses dispositivos diante da sociedade e, como ficou claro nesse debate, entre os parlamentares, no legislativo. Outro ponto importante e que deve ser aqui destacado é que, sem dúvida, esse vácuo de assistência do setor público em relação ao usuário de álcool e outras drogas favoreceu o empoderamento das Comunidades Terapêuticas, inclusive politicamente.

Esses debates no Congresso Nacional contribuíram para aumentar as possibilidades de aprovação do Projeto de Lei de autoria do médico Deputado Osmar Terra, do PMDB do Rio Grande do Sul, que, dentre outras providências, dispõe sobre “obrigatoriedade da classificação das drogas, introduzir circunstâncias qualificadoras dos crimes previstos nos arts. 33 a 37, definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas” (BRASIL, 2010d). Este Projeto de Lei facilita a internação de usuários e dependentes de drogas, considerados no texto de forma indiscriminada, involuntariamente e em instituições particulares, favorecendo com isso não apenas as Comunidades Terapêuticas, mas também as clínicas de tratamento privadas. Nossa pesquisa de campo ratifica essa impressão de que o clamor social sobre as drogas, juntamente com a força dos representantes religiosos no Congresso, contribuem para uma visão mais conservadora da problemática das drogas.

Tanto no executivo quanto no legislativo a droga pauta as três esferas e infelizmente num consenso que vai à contramão daquilo que a política como a Reforma Psiquiátrica sustenta. [...] Vai ao sentido da criminalização do uso, da exclusão do usuário, da segregação, da adoção de medidas de força para poder tratar, da demonização de determinadas substâncias e da inclusão na rede de saúde de práticas

e de dispositivos que não são públicos, por exemplo, as Comunidades Terapêuticas, que a saúde não reconhece como um serviço de saúde e também de alguns dispositivos e estratégias como a internação involuntária em massa. O recurso é a internação compulsória, a defesa desses mecanismos de autoritarismo mesmo e de violação dos direitos humanos porque são ações que tem violado direitos humanos dos usuários do país todo. (Representante da Coordenação Nacional de Saúde Mental)²⁵

O crack não é uma coisa nova. [...] O que mudou foi a postura política, de políticos, diante da situação. [...] Então é retrógrado porque a tendência das pessoas de afastar aquilo que incomoda, ela sempre existiu e acho que ela sempre vai existir. Afastou o leproso, depois afastou o louco, agora está tentando afastar o usuário de droga. Tudo que incomoda o funcionamento social acaba tendo como resposta da sociedade a exclusão. O ministro fala sobre internação involuntária, o atual ministro, o Padilha. (Gestor CAPS AD)²⁶

Considerando o que acabamos de discutir, percebe-se que, com o programa *Crack, é possível vencer*, o governo federal facilitou a inserção das Comunidades Terapêuticas na abordagem àqueles que fazem uso prejudicial de drogas. Foram ampliadas 10 mil vagas para esse público nas CT, no período entre os anos 2011 e 2013, conforme o site do Ministério da Justiça de 09 de agosto de 2013.

A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça (Senad) publicou nesta sexta-feira (09/09) edital para contratação de 3,2 mil vagas para acolhimento de usuários de drogas por comunidades terapêuticas em todo o país. Essa iniciativa amplia para 10 mil o número de vagas para acolhimento de dependentes de drogas desde 2011. (Brasil, 2013)

Está sendo assim, muito embora a 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre os dias 30 de novembro e 04 de dezembro de 2011, três dias antes do lançamento do programa, aprovasse 5 moções de repúdio sobre o repasse de recursos do SUS para as Comunidades Terapêuticas, internação compulsória e qualquer ação do governo que contrariasse os princípios da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2012a).

Para entendermos a forma com que o Programa *Crack, é possível vencer* muda as ações do Estado em relação às Comunidades Terapêuticas, na próxima seção apresentaremos em maior detalhe o programa federal.

²⁵ Trecho de entrevista realizada pela autora em 12/12/2012

²⁶ Trecho de entrevista realizada pela autora em 05/01/2013

3.3 O programa “Crack: é possível vencer!”

É, portanto, neste caldo político e social que, através do decreto nº 7.637, de 08 de dezembro de 2011, o Governo da presidente Dilma Rousseff lança o conjunto de ações denominado: *Crack, é possível vencer*. Segundo o texto orientador da oficina de alinhamento conceitual do programa (BRASIL, 2012c)²⁷, trata-se de um desdobramento do *Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas*, regulamentado pelo Decreto 7.179, lançado pelo presidente Lula em 20 de maio de 2010.

De acordo com este documento orientador (BRASIL, 2012c), o atual conjunto de ações é uma tentativa de responder mais efetivamente ao fenômeno das drogas, especialmente ao crack. Para tanto, a principal estratégia é a articulação das diferentes políticas públicas que possuem interfaces com o tema, deixando para trás práticas isoladas desenvolvidas por políticas específicas. De fato, vimos no capítulo anterior desta dissertação como a Saúde e Segurança Pública em determinado momento histórico adotaram ideologias antagônicas, a primeira apostando na redução dos danos causados pelas drogas e a segunda acreditando que é possível um mundo sem drogas e punindo quem consumisse as drogas ilícitas. Foi pontuado também o quanto isso impactou negativamente na eficácia da resposta do Estado brasileiro diante da problemática das drogas.

Portanto, o programa *Crack, é possível vencer* constitui uma política transversal que inclui e, portanto, co-responsabiliza outras áreas, além da saúde e da segurança, como a assistência social, a educação e os esportes, ao contrário do que tradicionalmente o Estado fez em relação à temática sobre drogas. O programa visa a parceria e integração da União, estados e municípios, além da sociedade, investindo 4 bilhões de reais em recursos federais até 2014, para alcançar seus objetivos, que são a prevenção do uso de drogas, o aumento da oferta de serviços que ofereçam tratamento ao usuário de drogas e sua família e a redução da oferta de drogas no mercado, através, especialmente, da repressão ao tráfico de drogas. Esses objetivos são sintetizados, respectivamente, nos três eixos que norteiam o programa: **prevenção, cuidado e autoridade**.

No eixo prevenção estão previstos cursos presenciais e à distância dirigidos a educadores, profissionais de saúde, assistência social e segurança pública, conselheiros municipais, líderes comunitários e religiosos, além de gestores de Comunidades Terapêuticas.

²⁷ Trata-se de documento elaborado e disponibilizado pelo Governo Federal para capacitar os comitês que deverão ser montados nos municípios, incumbidos de articular as áreas de saúde, segurança, assistência social, educação e outras para planejar, executar e monitorar as ações do programa *Crack, é possível vencer*, em âmbito local.

Os cursos capacitam não só para a prevenção do uso de drogas, como também para o tratamento e reinserção social das pessoas dependentes químicas.

Na linha do cuidado as principais diretrizes são a ampliação e qualificação da oferta de serviços de atenção àqueles que fazem uso prejudicial de drogas e suas famílias. Esse eixo é contemplado por ações do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Para potencializar e organizar as ações no âmbito da Saúde, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que será descrita logo a seguir. Na assistência social, equipamentos como o Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) e o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) podem ser utilizados para atender às pessoas com violação de direitos associada ao uso de drogas.

O eixo autoridade reúne as ações de segurança pública, que têm por objetivo garantir a segurança a partir de um conceito ampliado do que seria a mesma, ou seja, não meramente ações de vigilância e controle, mas da aproximação da polícia com a comunidade, mobilizando ações no território e revitalizando espaços urbanos. O principal objetivo deste eixo é a redução da oferta de drogas no mercado, através do combate ao tráfico.

Portanto, para efetivar as ações do eixo cuidado, logo após o lançamento do plano *Crack, é possível vencer* o governo federal instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, através da portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011c). A portaria orienta a organização dos pontos de cuidados em saúde onde tanto o portador de sofrimento mental como o usuário de drogas possam se inserir. Apresenta também uma possibilidade de ampliação dessa rede, agregando serviços que ainda não existam no município.

Desta forma, de acordo com a portaria 3088 (BRASIL, 2011c), a Rede de Atenção Psicossocial é composta por diversos serviços e equipamentos que funcionam dentro de uma lógica de cuidado, que prevê diversas fases ou necessidades do usuário: atenção básica em saúde, atenção psicossocial, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Na verdade, a RAPS organiza e institui ações diversas de serviços e equipamentos, com a finalidade de formatar uma rede que cada município pode operacionalizar de acordo com as necessidades de seus usuários. Deteremos-nos na descrição da rede de atenção psicossocial e na residencial, que é onde passam a se localizar os CAPS e as Comunidades Terapêuticas, respectivamente.

Segundo a portaria 3088 (BRASIL, 2011c), é na atenção psicossocial que estão os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS são dispositivos estratégicos para a Reforma Psiquiátrica Brasileira porque possibilitam a criação de serviços que podem substituir o hospital psiquiátrico no país. São serviços de saúde geridos pelo município, abertos, comunitários, que ofertam atendimento diário. Diferenciam-se em I, II e III pela complexidade de funcionamento, sendo o III aquele que possui funcionamento integral, 24 horas, todos os dias da semana. Os CAPS também podem se diferenciar pelo tipo de público envolvido. Os CAPSAD são específicos para aqueles que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas e o CAPSi atende exclusivamente as crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso prejudicial de crack, álcool e outras drogas. Em municípios onde não existem os CAPSAD os CAPS podem ser responsáveis pela atenção à saúde aos usuários com transtornos mentais graves e que fazem uso abusivo de drogas.

Na atenção residencial de caráter transitório estão as Unidades de Acolhimento (UA) e os serviços de atenção em regime residencial, onde foram incluídas as Comunidades Terapêuticas. As CT são consideradas pela portaria 3088 (BRASIL, 2011c) serviços destinados a ofertar cuidados de saúde para aqueles que fazem uso nocivo de drogas. As Comunidades Terapêuticas cadastradas e contratadas pelo município para compor essa rede de atenção residencial podem abrigar moradores por até nove meses, estabilizados clinicamente. As Unidades de Acolhimento foram instituídas através da portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012b), e possuem como característica o funcionamento integral, 24h, durante os sete dias da semana, com caráter residencial transitório. Dividem-se em Unidade de Acolhimento para adultos, destinada à população acima de dezoito anos, e a UA infanto-juvenil, voltada para a população entre 12 e 18 anos completos. Esses serviços de atenção em regime residencial são destinados às pessoas que fazem uso de drogas, que apresentem vulnerabilidade social ou familiar e que demandem tratamento e proteção em caráter provisório. A diferença entre as Comunidades Terapêuticas e as Unidades de Acolhimento é que nessa o paciente mantém sua circulação pelo território, ele não está inserido em um regime fechado de atendimento.

Desta forma, o programa *Crack, é possível vencer* é, de fato, um cardápio com várias opções de ações para o município implantar ou ampliar de acordo com suas necessidades, através de um termo de adesão. Esse termo de adesão é, na verdade, a formalização de um compromisso onde o município revela o que vai implementar ou intensificar em seu território e o Governo Federal oferece parte do recurso necessário para essas ações. Prefeito,

governador e representante do governo federal assinam esse termo, onde se comprometem a cumprir sua parte no conjunto de ações pactuadas pelas três esferas.

Tendo em vista o exposto acima, é possível afirmar que o programa *Crack, é possível vencer* se apresenta como uma tentativa do Governo Federal de dar uma resposta à problemática das drogas, especialmente ao crack, de forma a unificar esforços das diversas políticas públicas existentes que possuem interfaces com esse tema. Em relação ao SUS, o Ministério inclui dispositivos como o SAMU e os hospitais gerais que sempre permaneceram resistentes em cumprir seu papel na assistência ao usuário de álcool e outras drogas. Os dados da pesquisa de campo confirmam que este é um aspecto valoroso do plano.

Quando o Ministério faz um programa de rede, rede psicossocial, ele inclui aqueles serviços que simplesmente se recusaram a serem incluídos, como, por exemplo, SAMU, como, por exemplo, urgência e emergência, como, por exemplo, hospitais gerais. Que já existe isso desde 2003, quando foi feita a Política Nacional, que é a coisa dos hospitais gerais e que eles não se cadastraram. Porque o ministério, na verdade ele sugere a política, quem faz a política acontecer, quem executa a política são os municípios. Então, ele sugere, por exemplo, que o município com mais de duzentos mil habitantes tenha um CAPSAD. (Gestor CAPSAD)²⁸

Considerando o que foi apresentado no segundo capítulo, especialmente a forma isolada e antagônica que Saúde e Segurança historicamente responderam a esse tema o programa é um avanço porque ele se propõe a trabalhar de forma articulada e coordenada tanto em relação às três esferas de governo, quanto nos setores saúde e segurança, inclusive incluindo outros que historicamente não apresentaram oficialmente sua política, como a educação e a assistência social. No entanto, faz-se relevante destacar que, do ponto de vista operacional, apenas a assistência social enquanto política pública entra de fato, com ações públicas, através do CRAS e do CREAS. A educação é incorporada muito timidamente, através dos cursos oferecidos aos educadores, no eixo da prevenção. Além disso, o que foi denominado prevenção parece ter se reduzido a cursos de informação sobre o tema, e não a ações mais efetivas como identificação de populações mais vulneráveis ao uso abusivo de drogas, políticas de redistribuição de renda específicas para essa população, ou seja, ações mais estruturais. Essa é a opinião de um dos entrevistados:

Agora o que eu acho de mais negativo é o baixo investimento em prevenção. Que é a coisa que a médio e a longo prazo seria mais eficiente, a meu ver. E não se fala nisso, prevenção ao uso de drogas, é como se não existisse esta possibilidade, acho que esta é a parte mais negativa desta política. Não tem nem dinheiro para isso. Mas não é uma prevenção de formar educadores, de formar pessoas, acho que formar é

²⁸ Trecho de entrevista realizada pela autora em 05/01/2013

uma obrigação, não necessariamente uma questão de prevenção. Você formar um profissional, não quer dizer que você vai estar prevenindo, não no meu entendimento do que é a prevenção. (Representante da Secretaria Municipal de Governo)²⁹

Outro aspecto a ser ressaltado em relação ao programa de ações do Governo Federal, lançado em 08 de dezembro de 2011, é que ao agrupar diversas políticas ele também inclui o antagonismo preexistente das mesmas. Trata-se um programa que trata do combate às drogas, no eixo da prevenção, e da redução dos danos que a mesma possa causar em seus usuários, no eixo do tratamento. Embora, essas ações (tentar combater as drogas e tratar aqueles que fazem uso da mesma) não sejam excludentes, é interessante questionar até que ponto uma política consiga reunir “ideologias” opostas. Pensar que é possível combater ou enfrentar o crack através da repressão de seu comércio faz parte, conforme vimos no segundo capítulo, de uma ideologia de um mundo sem drogas, própria do proibicionismo. No entanto, a lógica da redução de danos implica a existência de um mundo onde a droga não só existe, mas que é possível que o homem exista pacificamente com ela, inclusive utilizando-a de forma recreativa, sem maiores prejuízos para quem a consome. Nesse sentido, talvez a atual política do Governo Federal se proponha a conciliar o inconciliável. É certo que quem trabalha na lógica da redução de danos reprime de alguma forma o uso, mas não o usuário, ou qualquer pessoa que esteja envolvida com a droga. E na lógica da segurança pública, que no plano do Governo é representada pelo eixo autoridade, nome bem sugestivo, por sinal, a repressão se dá, sobretudo, sobre quem usa, conforme mostramos no segundo capítulo. O encarceramento proveniente da Lei de Drogas no Brasil atingiu principalmente os usuários de drogas e pequenos traficantes, que são também usuários.

Veremos agora, no próximo capítulo, como o programa *Crack, é possível vencer* foi implementado na cidade de Belo Horizonte. É através do programa *Recomeço* que as ações propostas pelo programa federal *Crack, é possível vencer* se realizam na cidade. A capital mineira aderiu ao programa oficialmente em 29 de junho de 2012. É objetivo desta pesquisa saber os desdobramentos dessa política em uma cidade conhecida nacionalmente como referência em boas práticas de saúde mental e da Reforma Psiquiátrica.

²⁹ Trecho de entrevista realizada pela autora em 19/11/2012

4 OS DESDOBRAMENTOS DO PLANO CRACK, É POSSÍVEL VENCER EM BH

“Se não nos deixam sonhar, não os deixaremos dormir”³⁰

Neste capítulo discutiremos os desdobramentos do plano do governo federal *Crack*, é *possível vencer* na cidade de Belo Horizonte. Sabemos que, com esse conjunto de ações, os municípios podem receber recurso federal destinado ao combate às drogas, desde que assinem um termo de adesão que explicita os compromissos assumidos por cada um dos três entes federados. Esses compromissos são as metas, os cronogramas, a estrutura de gestão e o acompanhamento das ações.

Antes, contudo, de descrevermos o programa que, em Belo Horizonte, foi batizado de *Recomeço*, apresentaremos da forma mais concisa possível como se consolidou durante as duas últimas décadas a política de Saúde Mental em Belo Horizonte. Essa política foi premiada nacionalmente duas vezes. Em 1998 recebeu o Prêmio Gestão Pública e Cidadania pela Fundação Getúlio Vargas/Fundação Ford e em 2004 o Prêmio Humanizatus David Capistrano.

Após a redemocratização do país, a Reforma Psiquiátrica aconteceu de forma mais ou menos expressiva em todo o território nacional, mas no município de Belo Horizonte foi fortemente influenciada pelo Movimento Antimanicomial. Isto quer dizer que a reforma psiquiátrica belorizontina não se destina a uma mera melhoria ou incremento do aparelho hospitalar, mas, ao contrário, almeja sua extinção. No lugar do modelo hospitalocêntrico, foi montada progressivamente uma rede de serviços substitutos ao manicômio de forma descentralizada e composta por equipe multiprofissional. É importante lembrar que a reforma psiquiátrica questiona, sobretudo, a hegemonia do saber médico sobre o sofrimento mental. Os serviços chamados substitutivos, porque visam substituir o hospital psiquiátrico, são montados no território, o que propicia a manutenção dos laços familiares e sociais, evitando com isso, a institucionalização e cronificação do sofrimento mental dos pacientes.

Logo após a apresentação do modelo de Saúde Mental em Belo Horizonte, mostraremos como foi, até o momento da elaboração desta dissertação, a execução do programa federal sobre drogas em BH, tendo em vista a forte tradição antimanicomial da cidade. Isto porque o programa contém a possibilidade de parceria do SUS com as Comunidades Terapêuticas, vistas neste momento por muitos representantes da gestão

³⁰ Lema do samba de enredo do desfile do dia Nacional da Luta Antimanicomial que aconteceu no dia 16 de Maio de 2013, em Belo Horizonte. Esse lema se refere à resistência dos representantes do Fórum Mineiro de Saúde Mental e simpatizantes a atual administração local no que se refere a atual política de Saúde Mental.

municipal, trabalhadores e da sociedade civil organizada como reprodutoras da segregação e exclusão social tradicionalmente vinculados aos hospitais psiquiátricos.

O Relatório do Conselho Federal de Psicologia (2011) citado anteriormente quando descrevemos as Comunidades Terapêuticas, mostra que em todas as 68 instituições visitadas foram encontradas situações de violação de direitos humanos, tais como “interceptação e violação de correspondências, violência física, castigos, torturas, exposição a situações de humilhação, imposição de credo, exigência de exames clínicos como a anti-HIV, intimidações, desrespeito à orientação sexual, revista vexatória de familiares, violação de privacidade.” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011, p, 190). Interessa-nos saber, portanto, como foi o encontro entre uma política pública já consolidada, baseada na construção de uma rede de serviços abertos que visam à inclusão social e a cidadania de seus usuários e a inserção, nesta política, de dispositivos acusados de violar direitos fundamentais desses mesmos usuários.

4.1 A Reforma Psiquiátrica mineira e a política de Saúde Mental em Belo Horizonte

De acordo com Anaya (2004), somente no século XIX, com a inauguração em 18 de julho de 1841 do Hospício D. Pedro II, na cidade do Rio de Janeiro, que a psiquiatria foi instituída no Brasil. Para este hospital eram encaminhados todos os alienados do país. No entanto, cerca de cinquenta anos depois, a superlotação impedia a continuidade de internações de todos os portadores de transtornos mentais brasileiros em uma mesma instituição.

Enquanto isso, em Minas Gerais, ainda de acordo com Anaya (2004), havia dois dispositivos que lidavam com a loucura. Aos pacientes que não eram encaminhados ao Hospício D. Pedro II restavam a cadeia ou os anexos para alienados das Santas Casas de São João del-Rei e Diamantina. De fato, como vimos no segundo capítulo, sempre houve uma estreita relação entre a segurança pública e as questões sanitárias nos assuntos que incomodavam a sociedade, como a loucura, a drogadição, a prostituição, dentre outros.

Deste modo, como resposta às dificuldades em encaminhar os portadores de sofrimento mental de Minas para o hospital psiquiátrico do RJ, em 1903 é fundado o Hospital Psiquiátrico de Barbacena, o maior hospício do Brasil, que tinha como finalidade, segundo Anaya (2004), receber os doentes mentais de todo o estado mineiro. Entretanto, o que deveria ser um lugar de assistência, de tratamento para pessoas portadoras de sofrimento mental, na época denominadas loucas, acabou tornando-se um dispositivo de reclusão e depósito de tudo o que a sociedade não suportava conviver.

Conforme Arbex (2013), desde a fundação do Hospital de Barbacena pelo menos 60 mil pessoas morreram na instituição, o que faz a autora nomear esta tragédia de “holocausto”. A maioria dos pacientes era internada contra sua vontade e 70% não tinham diagnóstico de transtorno mental. Eram homossexuais, epiléticos, alcoólatras, prostitutas. A autora resgata as histórias de alguns pacientes de Barbacena. Por exemplo, a empregada violentada pelo patrão que engravida, a filha que questiona o tratamento desigual recebido pelo pai, comparado aos irmãos. Ou seja, pessoas que causam algum tipo de desconforto para outra de maior poder.

A alusão ao hospital de Barbacena aparece em alguns contos do escritor Guimarães Rosa, que eternizou a expressão “trem de doido”. Essa expressão, que hoje possui conotação totalmente diversa de seu sentido original se referia aos vagões que partiam para Barbacena carregando os desajustados sociais. Uma viagem só de ida. Eliane Brum, no prefácio da obra de Arbex (2013), dá uma medida deste genocídio brasileiro:

Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias, os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo - e também de invisibilidade. Ao morrer, davam lucro. Entre 1969 e 1980, 1853 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos para dezessete faculdades de medicina do país, sem que ninguém questionasse. (BRUM apud ARBEX, 2013, p. 14)

Segundo Anaya (2004), o hospital psiquiátrico de Barbacena também ficou conhecido como Colônia, porque inicialmente pretendia-se fazer dali um local para o trabalho considerado como terapêutico, nos moldes das primeiras Comunidades Terapêuticas, originadas na Inglaterra. No entanto, este projeto não foi adiante por causa da rápida superlotação da instituição, que chegou a 5 mil pacientes. Era tão pouco o número de funcionários e tantos os pacientes que qualquer projeto que não fosse deixá-los à própria sorte era inexecutável. Muito embora Arbex (2013) mostre que diversos pacientes eram utilizados como mão de obra escrava em fazendas próximas, na cidade, ou em qualquer obra.

Além de Barbacena, novas e várias instituições psiquiátricas foram criadas em Minas Gerais com a justificativa de dar uma resposta efetiva à questão da loucura. Mas o serviço prestado por estas instituições sempre teve como foco internações de longa permanência e de baixo ou nenhum impacto na reabilitação dos pacientes. Segundo Anaya (2004), em 1922 foi criado em Belo Horizonte o Instituto Neuropsiquiátrico, que passou a ser chamado de Instituto Raul Soares, destinado a ser um hospital modelo. No entanto, o Raul Soares não tardou a copiar o padrão de superlotação e cárcere de Barbacena. Em 1924 foi criado o hospital psiquiátrico de Oliveira e em 1929, o manicômio judiciário de Barbacena. Em Belo

Horizonte foram montados o hospital de Neuropsiquiatria Infantil em 1947 e o Hospital Galba Veloso em 1962. Além desses hospitais públicos, diversas clínicas particulares também formaram um lucrativo parque manicomial.

O ano de 1979, época que o regime militar brasileiro dava mostras de enfraquecimento, é considerado o marco da reforma psiquiátrica mineira. Foi um ano de inúmeras denúncias à forma como os pacientes eram tratados nos hospitais psiquiátricos. Segundo Arbex (2013), em setembro de 1970 o jornalista Hiram Firmino, do jornal Estado de Minas, escreveu uma série de reportagens intitulada *Nos Porões da Loucura*. Autorizado pelo então secretário de saúde do Estado Eduardo Levindo Coelho, o jornalista percorreu as alas do manicômio de Barbacena e narrou em sua reportagem as cenas de horror e abandono que ali encontrou.

O hospital, que permaneceu blindado durante toda a ditadura, teve suas entranhas visitadas não apenas pelo jornalista, mas também pelo estudante de psicologia e aspirante a cineasta Helvécio Ratton. Foi também em 1979 que Helvécio percorreu os porões da loucura e realizou um curta metragem de 23 minutos intitulado *Em Nome da Razão*. O documentário (Ratton, 2013) mostra de forma vívida, sem retoques, toda a crueldade produzida pelo hospício de Barbacena. Nele, os pacientes estão nos pátios sentados no chão, ociosos, e deixam escapar seus choros, lamúrias e queixas. Não se vê cuidado, não se vê assistência, apenas abandono e condições degradantes de existência.

Em dezembro de 1979, conforme Anaya (2004), os residentes do Instituto Raul Soares promovem em Belo Horizonte o III Congresso Mineiro de Psiquiatria. Participou do evento Franco Basaglia, psiquiatra que protagonizou a Reforma Psiquiátrica em Trieste, na Itália, e deu nome à lei 180, de 1973, que regulamenta a reforma triestina. Ao conhecer Barbacena na ocasião do evento, Basaglia, em entrevista à imprensa, chamou o hospital de “campo de concentração nazista” e disse que nunca havia presenciado uma tragédia como aquela. Suas declarações tiveram intensa repercussão, inclusive internacional, e pode-se dizer que elas marcaram o início do fim dos hospitais psiquiátricos em Minas Gerais.

A proposta de Basaglia, que inspirou a reforma psiquiátrica mineira, protagonizada, portanto, por trabalhadores da saúde mental, não era de reformar, humanizar ou modernizar os hospitais psiquiátricos. A intenção era o fim dos manicômios e sua substituição por serviços abertos, com bases comunitárias. Foi assim que em Belo Horizonte, assim como em outras cidades brasileiras, de forma mais ou menos contundente, a questão do sofrimento mental tornou-se uma questão também social e política e não mais apenas uma questão médico-psiquiátrica.

Como consequência do III Congresso Mineiro de Psiquiatria, conforme Anaya (2004), a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) aprova um projeto de reestruturação da assistência psiquiátrica com participação ampla dos trabalhadores da saúde mental e participação, mesmo que de forma incipiente, de familiares e usuários dos serviços de saúde mental. No entanto, mesmo contando com toda essa mobilização inicial, a Reforma avançou muito timidamente nos anos seguintes.

Em âmbito nacional, entretanto, importantes eventos marcaram a década de 80, como conferências e encontros de saúde. De acordo com Anaya (2004), a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, inova pela participação popular e pela discussão que faz sobre a reforma sanitária, defendendo a implantação de um sistema único e público de saúde e a saúde como um direito universal a ser garantido pelo Estado.

Um dos desdobramentos da VIII Conferência foi a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987. No mesmo ano acontece em Bauru, no estado de SP, o II Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, que elege o tema “*Por uma sociedade sem manicômios*”, constituindo o movimento antimanicomial, e um dia, 18 de maio, dia Nacional da Luta Antimanicomial” (ANAYA, 2004, p.101).

Voltando ao âmbito local, em 1991 o Estado de Minas Gerais, através da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), organizou um mutirão de trabalhadores para inspecionar os 36 hospitais psiquiátricos mineiros. Nestas visitas constatou-se que a lógica da reclusão e inoperância em relação à loucura era a tônica, que não havia se modificado desde os acontecimentos de 1979. Uma de nossas entrevistadas narra como foi esse momento e suas repercussões nos corações e mentes dos profissionais. De fato, a constatação da ineficiência e desumanização existentes nos hospitais reafirmou a vontade e a crença na realização de outra rede de assistência ao portador de sofrimento mental.

Entrevistamos mais ou menos 5 mil pacientes. Foi maravilhoso. Eram caravanas que o Estado organizou. [...] Fomos para Barbacena, um ônibus cheio de trabalhadores. A gente chegava, uma turma fazia prontuário, outra entrevistava os pacientes. Foi muito bacana os resultados. Bacana assim: horrorosos. Eu não tenho dúvida. As pessoas que vivenciaram essa entrada nos hospitais psiquiátricos em 1991 nunca mais seriam as mesmas. E já naquela época mostrava que, nós entrevistamos todos aqueles que tinham mais de 45 dias internados, que mais de 90% dos pacientes podiam ter alta. Podiam ir embora. (Representante do Fórum Mineiro de Saúde Mental)³¹

³¹Trecho de entrevista realizada pela autora em 14/08/2013

Embora, já existissem na cidade, no início da década de 1990, ações ditas de Reforma Psiquiátrica, como a lotação de psicólogos e psiquiatras nos Postos de Saúde, essas ações, de acordo com Abou-Yd e Lobosque (1997), eram pouco efetivas, focadas em uma lógica de prevenção de doenças onde os psicólogos e psiquiatras atendiam casos leves como crianças com dificuldades de aprendizagem e as chamadas “senhoras tristes”. Além de não impactar em nada na desospitalização dos psicóticos, casos graves que ocupavam os leitos psiquiátricos, esse modelo levou à medicalização e psicologização desta população que lotava as agendas dos profissionais da saúde mental. As unidades básicas de saúde naquela época eram na verdade “espaço habitado por crianças robustas e gestantes saudáveis, em práticas de puericultura e afins, onde a presença do problemático, do difícil, enfim, do doente, vai se tornando insuportável.” (ABOU-YD e LOBOSQUE, 1997, p.3). Na fala de uma de nossas entrevistadas:

Existia uma política que não estava dando conta de responder à preocupação que a vinda de Baságua despertou e nem que o Congresso de Bauru deliberou. (Representante do Fórum Mineiro de Saúde Mental)³²

Portanto, foi preciso esperar que ventos mais propícios soprassem na consolidação de um terreno fértil para que germinasse as primeiras ações efetivas de uma reforma psiquiátrica antimanicomial. Foi somente a partir de 1992, com a eleição de Patrus Ananias, do Partido dos Trabalhadores e com a coligação *Frente BH Popular*, que o cenário tornou possível a implementação de serviços que substituíssem o hospital psiquiátrico.

Com a eleição da coligação petista os trabalhadores de saúde mental, muitos deles lotados nos hospitais psiquiátricos, mobilizados e identificados pelo lema proposto em Bauru em 1987 “Por uma sociedade sem manicômios”, formularam um programa de governo que intencionava realizar uma reforma que prescindisse do hospital psiquiátrico na cidade.

Me lembro de uma reunião, inclusive no auditório do Hospital Raul Soares, com mais de 100 trabalhadores, onde, com a possibilidade de vitória da Frente BH Popular, a gente faz um projeto, ajuda no programa do Patrus, no projeto de Saúde Mental. O Patrus ganha e então a gente indica o coordenador de saúde mental de BH e o César Rodrigues Campos que era psiquiatra foi indicado para ser Secretário Municipal de Saúde de BH. [...] Ele era uma figura já totalmente ligada ao movimento, esteve no encontro de Bauru, um cenário totalmente propício. Os trabalhadores apresentaram essa proposta ao Patrus e ele acatou. (Representante do Fórum Mineiro de Saúde Mental)³³

³²Trecho de entrevista realizada pela autora em 14/08/2013

³³Trecho de entrevista realizada pela autora em 14/08/2013

Portanto, com a eleição da Frente BH Popular, profissionais ligados ao movimento social da luta antimanicomial assumem lugares estratégicos e de gestão da saúde. Torna-se então possível a entrada na agenda política de um projeto há muito esperado. De acordo com Castro (2008), o movimento efetiva-se em política pública atrelada às diretrizes políticas e princípios do SUS. Inaugura-se, portanto, um novo modelo de atenção aos portadores de sofrimento mental em Belo Horizonte.

Modelo que se desenha, contemplando diversos dispositivos para oferecer e proporcionar a hospitalidade que há muito tempo fora negada, pela cidade, aos portadores de sofrimento mental. (CASTRO, 2008, p. 224).

O projeto proposto e executado foi inspirado na reforma triestina, cuja radicalidade pressupunha a extinção do manicômio e com o desenho aproximado à reforma que já acontecia em Santos, interior de SP. No entanto, ao contrário desses dois modelos BH optou por incorporar na rede de assistência aos usuários os ambulatórios já existentes nos chamados Centros de Saúde. Ou seja, como já havia nos Centros de Saúde, conforme foi citado anteriormente, profissionais de saúde mental, psicólogos e psiquiatras, atendendo os casos menos grave, esses profissionais foram orientados a atender os pacientes graves, fora da crise. Desta forma, durante a crise esses pacientes seriam atendidos nos serviços substitutivos, Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) e nos momentos intercrise nos Centros de Saúde, pelos psicólogos e psiquiatras que lá trabalhassem. Segundo uma de nossas entrevistadas, Belo Horizonte demorou em ser reconhecida como um locus onde a Reforma Psiquiátrica acontece por fazer essa opção. Temia-se que os profissionais lotados nos Centros de Saúde continuariam a não abrir suas agendas para os psicóticos que estavam internados nos hospícios e acreditava-se que apenas os CERSAMS seriam dispositivos eficientes na substituição das internações psiquiátricas.

Belo Horizonte demorou muito em ser reconhecida como um locus legítimo da Reforma Psiquiátrica por causa de uma opção que fizemos aqui de trabalhar com os centros de saúde também incluídos na rede. (Representante do Fórum Mineiro de Saúde Mental)³⁴

Para isso foi necessário todo um processo de sensibilização para fazer com que os profissionais que trabalhavam nos Centros de Saúde absorvessem em suas agendas os casos graves de transtorno mental.

³⁴Trecho de entrevista realizada pela autora em 14/08/2013

Foi uma discussão dura. As gerentes dos Centros de Saúde falavam: não tem doido no meu território e a gente retrucava: “claro, eles estão todos internados”. Aí a gente ia a cada Distrito Sanitário, primeiro apresentava o filme *Em Nome da Razão*, depois os dados dos hospitais, mostrando os pacientes daquele território que estavam internados. A gente mostrava onde os psicóticos estavam porque eles eram invisíveis para os Centros de Saúde, não era uma questão para eles. (Representante do Fórum Mineiro de Saúde Mental)³⁵

Ao mesmo tempo em que ocorria esse processo de sensibilização da rede de atenção básica de saúde para a necessidade de acolher os loucos, foram montados progressivamente os CAPS, que na capital mineira foram batizados de Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM). Era no CERSAM o lugar da crise, da instabilidade, do desarranjo psíquico e social do portador de sofrimento mental grave, especialmente os psicóticos. O CERSAM, além de se responsabilizar pelos casos graves e que estavam desestabilizados, ou seja, a clientela que era normalmente encaminhada para os hospitais psiquiátricos, fazia também a construção do projeto terapêutico que englobasse não apenas o atravessamento da crise psiquiátrica, mas a construção do laço social. A construção de saídas para os conflitos familiares, um convívio melhor com o território onde os pacientes viviam. Por isso a vocação de psicossocial que deve ter todo CAPS. É importante ressaltar, contudo, que os usuários de drogas não foram incluídos nesse processo de construção de uma rede de assistência aos portadores de sofrimento mental.

De fato, a aposta em incluir os ambulatórios dos Centros de Saúde na rede de atenção ao portador de sofrimento mental mostrou com o tempo ser um diferencial positivo para a cidade. Uma vez que, com o advento das equipes do Programa de Saúde da Família, os pacientes portadores de sofrimento mental tiveram acesso não apenas aos Centros de Saúde, como também, às Unidades de Urgência, ou Pronto Atendimento. Com o tempo, muito lentamente, mais progressivamente, a rede de serviços de saúde belo-horizontina entendeu que os “loucos” também tinham um corpo que precisava de cuidado e que era possível acolher o portador de sofrimento mental apesar de seus delírios e esquisitices.

Outra especificidade do modelo de saúde mental de Belo Horizonte são os dispositivos denominados Centros de Convivência. Estes têm a missão de oferecer espaços de convivência e sociabilidade para os portadores de sofrimento mental estável que, portanto, estão de alta dos CERSAM. Espaço de produção de arte e cultura, de inserção na cidade, de convivência com seus pares. Esses dispositivos, de acordo com a pesquisa de campo, auxiliam a rede básica num cuidado que vai além da medicação, ou seja, do tratamento da doença, e que alcança o cuidado com a vida.

³⁵Trecho de entrevista realizada pela autora em 14/08/2013

Agora uma coisa que ajudou muito e isso nós também acertamos foi apostar nos Centros de Convivência. Porque os Centros de Convivência dão uma retaguarda para os Centros de Saúde muito grande. O Centro de Saúde faz um atendimento bloqueado demais. Com poucas exceções, eles fazem um atendimento muito restrito a uma psicoterapia, ou a uma intervenção medicamentosa sem intervir na dificuldade do viver. Eles intervêm quando a doença é problema. Mas quando o viver é problema, nessa questão de uma melhor relação familiar, uma melhor relação com o território o Centro de Saúde deixa a desejar e o Centro de Convivência entra ajudando. (Representante do Fórum Mineiro de Saúde Mental)³⁶

No entanto, nem mesmo o CERSAM consegue, muitas vezes, se ocupar das dificuldades do viver de seus usuários. Suas relações com a família, com a sociedade, ou seja, cumprir sua vocação psicossocial, enquanto CAPS que é. Acaba tornando-se mais uma unidade de saúde, preocupada apenas com a eliminação dos sintomas dos pacientes, ou seja, com a doença. Em contrapartida, em outras cidades os CAPS transformaram-se em grandes ambulatórios, pois, ao contrário dos CERSAMS de BH, eles não têm para onde encaminhar os pacientes quando a crise passa. Isso gera superlotação, dificultando a dedicação necessária àqueles que estão em crise. Por isto, muitas vezes, esses pacientes acabam procurando os hospitais psiquiátricos ainda existentes.

Apesar disso, Belo Horizonte conta com uma rede robusta com inúmeros dispositivos, além dos citados. São 23 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), uma cooperativa de usuários, a Suricato, que tem a finalidade de gerar trabalho e renda aos seus membros, o Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP) que regula as urgências psiquiátricas noturnas, 7 CERSAMS, um CERSAMI, dedicado aos portadores de sofrimento mental até 17 anos e 9 Centros de Convivência. Descrevê-los e elucidar a relevância de cada um foge dos objetivos dessa pesquisa. O importante é concluir que o município de BH é reconhecido nacionalmente por ser a única grande capital a efetivar a reforma psiquiátrica e, com sua rede de serviços municipalizados, prescindir dos hospitais psiquiátricos que ainda existem, como o Hospital Galba Veloso e o Raul Soares. Pode-se afirmar que em 2013, esses hospitais estão atendendo predominantemente às pessoas que fazem uso nocivo de drogas.

Portanto, ao contrário de Trieste, os muros dos hospitais psiquiátricos ainda não foram jogados abaixo em BH. Esse é o grande temor dos militantes antimanicomiais da cidade. Por detrás desses muros estão pessoas que fazem uso de drogas. Isso tem gerado insatisfações de trabalhadores destes hospitais, que consideram que este não é o local para tratar deste público. Queixam-se da falta de submissão dos mesmos, da indisciplina, do comportamento

³⁶ Trecho de entrevista realizada pela autora em 14/08/2013

transgressor. Usar esses espaços para internar os usuários de álcool e outras drogas é um grande risco da ressurreição dos hospitais psiquiátricos e o retorno da segregação não apenas nas Comunidades Terapêuticas, como também nesses dispositivos mais antigos na história da humanidade.

Vejamos, então, na próxima sessão, como a cidade de Belo Horizonte assimilou e está operacionalizando o leque de ações, proposto pelo governo federal, *Crack, é possível vencer*.

4.2 O Programa “Recomeço” de Belo Horizonte: o que se reinicia afinal?

Seis meses após o lançamento do conjunto de ações, *Crack, é possível vencer*, pelo Governo Federal, a Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) faz a sua adesão ao programa e lança o *Recomeço*, programa municipal instituído a partir do decreto nº 14.944, de 29 de junho de 2012 (Belo Horizonte, 2012). Na realidade, a esfera federal entra como parceira da esfera municipal, através de um co-financiamento destinado à abertura de alguns serviços e pagamento de Recursos Humanos. O Governo do estado também entra nesta parceria e responde pelas ações do eixo **autoridade** do *Crack, é possível vencer*. Contudo, antes de discutirmos o programa municipal contextualizaremos o cenário social e político em que ele surge na capital mineira.

4.2.1 A conjuntura política e social que antecede o lançamento do Programa Recomeço, em Belo Horizonte

Embora possuísse uma consolidada rede de atenção ao portador de sofrimento mental grave, BH deixava muito a desejar em relação à rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas. Em 2011 o município contava apenas com dois CAPSAD localizados em seu território, sendo um municipalizado, o CERSAM AD Pampulha, e outro pertencente à rede FHEMIG, o Centro Mineiro de Toxicomania (CMT), localizado na regional Centro-Sul. O CAPS do município operava como III, ou seja, todos os dias, 24 horas por dia. O CMT atendia 12 horas por dia e fechava nos finais de semana e feriados. Ambos eram responsáveis pela assistência a todos os moradores da capital mineira que demandavam tratamento para uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Considerando que a população de BH, de acordo com o censo de 2010, é de aproximadamente 2.400.000 habitantes e que a Portaria 3088, do Ministério da Saúde, recomenda um CAPS III para uma população de 200 mil habitantes, por projeção é possível

estimar que para atender a demanda do município fosse necessário no mínimo 10 CAPSAD. Ou seja, a assistência ofertada pelo município a essa clientela era bastante incipiente.

Os demais CAPS da cidade, sete ao todo, eram específicos para os portadores de sofrimento mental grave. Muito embora também exista entre essa população aqueles que, além de possuírem um distúrbio mental, também fazem uso prejudicial de alguma substância psicoativa. Tanto o governo municipal quanto a população em geral concordavam sobre esse hiato na assistência do município aos usuários de drogas e sua família.

Primeiro acho que a questão aí da saúde, ela tem que realmente resolver. Não tem como conviver com um equipamento para atender esta especialidade [somente um CAPS do município, o CERSAM AD Pampulha], tem que ter equipamento, a demanda existe. Independente de qualquer questão, a saúde tem obrigação constitucional com a política da saúde, que é de atender este público. Dizer que ele pode ser atendido em qualquer Centro de Saúde, em qualquer Cersam... A gente sabe que as estruturas não estão preparadas para isso. [...] Então é um caos. Acho que a gente está numa situação bastante crítica, no meu ponto de vista, você não tem nem estrutura de atendimento aos usuários de droga, estrutura que eu digo é o serviço de saúde especializado, nem uma preparação da comunidade, da sociedade, das famílias, para lidar com o problema. Então, só podia dar no que está dando mesmo. Acho que o primeiro ponto é estruturar os equipamentos de saúde para receber este usuário e principalmente suas famílias. (Representante da Secretaria Municipal de Governo)³⁷

Portanto, era notória essa dívida da Secretaria Municipal de Saúde com a população belo-horizontina, em relação a operacionalização de ações voltadas para aqueles que fazem uso prejudicial de drogas. Além do mais, a sociedade, além da imprensa e do Ministério Público, intensificaram cada vez mais a cobrança pela construção de serviços voltados aos usuários abusivos de álcool e outras drogas. Este debate se acirra especialmente com a expansão e conseqüente evidência que passa a ter a maior cena de uso de crack de BH, a dita Cracolândia, localizada na Pedreira Prado Lopes, aglomerado urbano da região Noroeste da cidade. Várias reportagens mostrando pessoas consumindo crack na rua são veiculadas pela mídia, despertando horror e pânico na sociedade.

Dadas essas circunstâncias, no início de 2011 foram montados os dois primeiros Consultórios de Rua na região central e noroeste, respectivamente. A região central foi escolhida por causa dos menores que permaneciam próximo ao Parque Municipal usando principalmente inalantes, embora fossem apontados pela mídia como usuários de crack. A região noroeste em função da cena de uso, especialmente de crack na Pedreira Prado Lopes. Como foi citado no capítulo anterior, os Consultórios de Rua são constituídos por equipes volantes onde a intenção é abordar o usuário na própria cena de uso. O foco dessa abordagem

³⁷ Trecho de entrevista realizada pela autora em 19/11/2012

não é a suspensão do uso da droga, mas realizar uma ponte entre os serviços de Saúde e Assistência Social, que habitualmente, não alcançam esses usuários.

Chegamos, num primeiro momento, com os insumos utilizados pela estratégia da Redução de Danos, distribuindo preservativos, trocando uma ideia, até para ir criando um vínculo mesmo com o território. E contando para as pessoas do que estava chegando ali. A Pedreira Prado Lopes a gente tem cena de uso na rua, a gente tem a comunidade e tem o tráfico de drogas. Tivemos de alguma forma ser autorizados para estar ali dentro, por toda esta complexidade que o território tem. (Trabalhador do Consultório de Rua)³⁸

Na medida em que o consultório entra e que a equipe entra e começa a trabalhar com os usuários isso é bonito de ver, a resposta dos usuários a essa presença. [...] Que a gente não chega para dizer: não use, não pode! Mas a gente chega para convidar a se tratar, pra convidar a encontrar outra medida, para se ligar a outras coisas, então por isso o Consultório de Rua tem ingresso pra cinema, faz atividades, faz oficinas na rua, várias estratégias, além das estratégias e do vínculo com a rede de saúde pra ir cuidar do corpo, de uma pequena ferida aqui, para daí começar a introduzir a necessidade e a importância de outro tratamento e a demanda por tratamento que é o que vai acontecendo, que é cuidar da saúde, da cidadania. O sujeito tá sem documento, então tem os educadores sociais, vão orientar, vão dizer o que tem na rede, na cidade. Tem um Centro de Referência, tem um lugar onde ele pode tomar um banho, não precisa ficar imundo o tempo inteiro. É interessante isso porque em todas as equipes dos consultórios eles trazem também esses dados da surpresa dos usuários quando a equipe chega e se dirige a eles com cidadania, com urbanidade, com respeito e pegam na mão e eles ficam perplexos. E isso é frequente dos usuários dizerem, dessa surpresa. E é aí que começa, a partir desse vínculo, a estar inserindo numa outra cena da cidade, em outros lugares da cidade. (Representante da Coordenação Municipal de Saúde Mental)³⁹

Deste modo, a principal estratégia dos profissionais do Consultório de Rua é a construção de um vínculo com os usuários de droga. É este vínculo que permite que o usuário desperte para outras coisas, se ligue em outros objetos que também podem oferecer prazer, sem ônus para a saúde. A distribuição de preservativos, segundo a pesquisa de campo, é utilizada, principalmente, como um instrumento para criar esse vínculo com os usuários e também para mostrar para os olheiros, e demais agentes do tráfico, que a ação pública que ali se realiza não é de Segurança e sim de Saúde. Portanto, foi assim que a Saúde em BH começa a se envolver mais efetivamente sobre a abordagem aos usuários de drogas no município.

Todavia, seis meses após a implantação destes primeiros Consultórios de Rua, o Governo do Estado de Minas Gerais, através da Secretaria de Defesa Social (SEDS), lançou o programa “*Aliança pela Vida*”, em agosto de 2011. Esse programa foi resultado do Decreto nº 45.551(MINAS GERAIS, 2011), publicado em fevereiro do mesmo ano, assinado pelo Governador de Minas, que determina a aplicação de até 1% do orçamento de órgãos e

³⁸ Trecho de entrevista realizada pela autora em 06/12/2012

³⁹ Trecho de entrevista realizada pela autora em 12/12/2012

entidades da administração pública para elaboração, implementação e execução de projetos que contemplem políticas para aqueles que fazem uso indevido de drogas.

No entanto, o que teve um efeito bombástico na Secretária de Saúde de Belo Horizonte, mais especificamente na Coordenação Municipal de Saúde Mental, gerando uma crise política dentro desse órgão, foi a efetivação de uma das ações previstas no programa denominada “*Rua Livre*”. Essa ação ocorreu no dia 03 de agosto de 2011 e consistiu em uma abordagem na “Cracolândia” feita por funcionários do governo de MG aos que estavam naquele território fazendo uso de drogas, com o objetivo de “convidá-los” a se tratar. No entanto, a presença da polícia em uma cena de uso poderia ser interpretada pelos usuários que ali estavam consumindo uma substância ilícita, como uma coerção para escolher entre “tratamento ou prisão?” De fato, tratava-se de cooptar usuários para encaminhar para as Comunidades Terapêuticas. Essa ação contrariava os princípios da Redução de Danos que era a política adotada até o momento pelo município de BH, conforme vimos no terceiro capítulo. Ela também faz lembrar as ações higienistas que o governo adotou nos primórdios do século XX em que o sujeito que fosse surpreendido embriagado restava a internação forçada ou a prisão, de acordo com o que foi discutido no segundo capítulo.

Além do mais, essa ação colocava em risco a segurança dos profissionais que atuavam nesta cena porque, conforme trecho da entrevista citado anteriormente, a Pedreira Prado Lopes era habitada por consumidores de drogas, traficantes e moradores. Ser confundido com alguém que trouxe a polícia para a cena de uso e de tráfico era temerário para os profissionais do Consultório de Rua. E, reforçando mais uma vez, é natural que usuários de drogas ilícitas se sintam desconfortáveis com a aproximação de agentes da polícia. Portanto, o vínculo construído entre os profissionais do Consultório de Rua e os usuários, principal instrumento que contava a equipe do Consultório de Rua, corria o risco de ser quebrado pela intervenção da agência estadual.

A grande crítica que a Coordenação Municipal de Saúde Mental fez a esta ação do Estado é que, além de sobrepor ao trabalho que o município já realizava, essa intervenção, ao contar com a presença do aparato policial, não serviu para incentivar a inserção do usuário em um tratamento e sim coibir o uso de drogas, amedrontar os usuários e forçar um encaminhamento para serviços que não compunham a rede SUS, mas sim a rede privada, ou seja, as Comunidades Terapêuticas. Para deixar ainda mais claro a pressão que estava posta nesta ação, vale lembrar que uma pessoa que é apreendida portando uma substância ilícita ser considerada usuário ou traficante de drogas depende muito da disposição do agente da polícia.

Saúde e segurança estabeleceram um debate aguerrido também na capital mineira. Aconteceram acirradas discussões entre a Secretaria Municipal de Saúde e representantes da Secretaria de Defesa Social. O movimento social também se manifestou contrário a essa ação através de cartas e documentos a autoridades como o Ministério Público, levando a ação do Estado a ser interrompida. Entretanto, esse acontecimento contribuiu para desestabilizar a coordenadora de Saúde Municipal que já estava no comando deste órgão há quase dez anos.

Sobre o *Aliança pela Vida* o Fórum Mineiro se posicionou ao contrário. Nós colhemos um monte de assinaturas e eu tenho certeza que nós fizemos uma boa pressão. Primeiro era uma ação nas ditas Cracolândias. A coordenação de Saúde mental chamou o secretário de saúde e ele bancou a discussão. Foi assim que a coordenação conseguiu tirar isso [o *Rua Livre*] daqui. E a bolsa crack a gente denunciou. Esse programa deu todo errado. Ele saiu da SEDES e foi para a Coordenação Estadual de Saúde Mental. (Representante do Fórum Mineiro de Saúde Mental)⁴⁰

O programa estadual *Aliança Pela Vida* também se desdobrou em uma ação denominada *Cartão Aliança*, popularizado como *Bolsa Crack*. Este consistia em ofertar auxílio financeiro mensal no valor de R\$900,00 para ajudar famílias de renda até dois salários mínimos com as despesas de tratamento de parentes com problemas de dependência química. Sendo que R\$810,00 seriam para custear o tratamento em uma Comunidade Terapêutica de sua escolha e os outros R\$90,00 seriam destinados à despesa para visitar o parente que estivesse internado. Em nossa pesquisa de campo essa ação foi mal avaliada. O objetivo, distribuir renda, não era pertinente porque esse não é a pedra angular da questão do usuário e de sua família e sim a dependência da substância. Na próxima subseção apresentaremos o novo desenho do programa *Aliança pela Vida* em 2013 e de seus embaraços com os atores da PBH.

A questão do crack, na nossa visão, não é uma questão de dinheiro. Dinheiro se torna uma questão quando o usuário está dentro de casa, começa a roubar dentro de casa, vão precisar do dinheiro, mas isto já está detonado. Você dá um incentivo para que a família cumpra o seu papel de cuidar do sujeito, aí já inverte muito a lógica. Que todo trabalho que a gente construiu com transferência de renda, a gente é super favorável, no caso do Bolsa Família, por exemplo, desde que você consiga dar para este sujeito um sentido. Qual é o sentido deste recurso, do Bolsa Família? É uma questão de direito numa sociedade desigual, você tem que ter um mínimo, para você conseguir ter um patamar de desenvolvimento, isto é uma coisa, agora uma bolsa pra família, qual que é o objetivo? (Integrante da Câmara Gestora de Política sobre Drogas)⁴¹.

⁴⁰Trecho de entrevista realizada pela autora em 14/08/2013

⁴¹Trecho de entrevista realizada pela autora em 12/01/2013

Ainda retomando o cenário de 2011, aconteceram várias audiências públicas na Câmara Municipal e na Assembleia Legislativa, onde a Prefeitura de Belo Horizonte, mais especificamente a Coordenação de Saúde Mental foi acusada de impedir que o estado agisse para resolver a problemática das drogas na cidade. Inicialmente a Coordenação de Saúde mental recebeu forte apoio do Secretário Municipal de Saúde, que, contudo, foi se esvanecendo com o decorrer do ano e o aproximar das eleições municipais de 2012.

Durante quase um ano, a Assembleia Legislativa debateu a problemática das drogas, especificamente do crack, através de uma Comissão instituída em abril de 2012, que teve como objetivo geral “discutir as formas de atenção ao usuário de crack”, (MINAS GERAIS, 2012). É importante ressaltar que esta Comissão é composta especialmente por proprietários de Comunidades Terapêuticas e representantes da Segurança Pública. Pode-se dizer também que são pessoas da extrema direita. Essa Comissão encerrou seus trabalhos em dezembro de 2012. Nas atas (MINAS GERAIS, 2012) das audiências públicas que essa comissão promoveu, com representantes de diversos setores, como educação, saúde, segurança, percebe-se certa polarização entre esses convidados de defensores do tratamento consentido dos usuários, da redução de danos, discurso esse defendido especialmente pelos trabalhadores e gestão da PBH e um viés mais repressivo, defendido pelo estado, que por vez, instituía gradativamente as Comunidades Terapêuticas como locus ideal para tratamento do usuário abusivo de crack.

Nessas audiências, é possível notar que a Segurança Pública, embora adote um discurso de caráter preventivista, ou seja, que acredita que o ideal é evitar o contato das pessoas com o objeto droga, também defende que o foco de sua atuação deva ser os grandes traficantes e suas riquezas obtidas a partir do tráfico. Alguns representantes da Segurança Pública que participaram destas audiências no legislativo de Minas reconhecem também que, historicamente, a polícia contribuiu para o grande encarceramento de pequenos traficantes e usuários.

Esses debates, tanto no legislativo quanto na mídia local, atingiram seu ápice no final de 2012, que foi também quando a coordenadora de Saúde Mental de BH deixa o cargo, logo após a reeleição do prefeito Márcio Lacerda, em dezembro de 2012. Na próxima subseção apresentaremos o programa *Recomeço* que é a implementação de algumas ações previstas no programa federal *Crack, é possível vencer*, discutindo como foi essa implantação no território de Belo Horizonte.

4.2.2 A Implementação do Programa Recomeço

Seis meses antes da saída da coordenadora municipal de saúde mental, portanto, o Programa *Recomeço* é lançado. Esse conjunto de ações pode ser considerado a materialização do aceite da cidade de Belo Horizonte ao Programa Federal *Crack, é possível vencer*. Como já dissemos, o programa federal não é um leque definido de ações, mas sim, dentro de um viés já estabelecido, um estímulo em termos de recursos financeiros para que o município oferte, o que for mais adequado à realidade dos seus municípios, em relação à problemática de drogas. A parte de Segurança do programa ficou sob a responsabilidade do estado, que entra com ações de vigilância e monitoramento de áreas de risco, através de câmaras, onde a taxa de violência é elevada.

O Programa *Recomeço* foi criado em 2012, tem um decreto, e tem as parcerias. O *Crack, é possível vencer* é uma das parcerias. Então a parte de infraestrutura, tanto para criar novos equipamentos, quanto de financiamento de equipes, por exemplo, de Consultório de Rua e equipe PAD [Programa de Atenção Domiciliar para usuários de álcool e outras drogas] é parte do programa *Crack, é possível vencer* que está dentro do programa *Recomeço*. Então a gente acertou o convênio, incorporamos o que o *Crack* oferece, dentro dos interesses do município. Nós fizemos a adesão por alguns tipos de serviços, tanto da Saúde, quanto da Assistência Social. (Representante da Gerência do Programa Recomeço)⁴²

Então, aqui na assistência social, está sendo liberado recurso e o projeto não vem fechado, vem um projeto onde eles esperam que os municípios, a partir das experiências locais, também falem de algumas iniciativas. Belo Horizonte apresentou então, um projeto em relação ao crack, que envolvia a princípio: a educação, a saúde e a assistência social. E tem um eixo que é o de segurança, que ele vem mais no aspecto assim, da iluminação dos pontos onde acontece maior concentração, a questão de ronda, patrulha, um investimento bem nesta área, de vamos dizer repressiva, colocando a rua mais iluminada, olho vivo, a rua mais vigiada. E na saúde, na educação e na assistência social, a ideia é fazer serviços ou iniciativas que facilitem também este trabalho. O MDS [Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome] deixa claro no projeto do crack, que a gente não tem uma receita pronta, então é possível flexibilizar algumas ideias. (Integrante da Câmara Gestora de Política sobre Drogas)⁴³

O *Recomeço* foi desenvolvido e é acompanhado por um grupo, denominado Câmara Gestora da Política sobre Drogas (CGPD), que é o órgão deliberativo, normativo e consultivo da Política Municipal sobre Drogas. A CGPD é composta pelos responsáveis diretos das diversas secretarias que ele abrange. Participam da composição deste grupo os secretários da Secretaria Municipal de Governo (SMGO), que é seu coordenador; Secretária Municipal de

⁴² Trecho de entrevista realizada pela autora em 12/08/2013

⁴³ Trecho de entrevista realizada pela autora em 12/01/2013

Saúde (SMSA); Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social (SMAAS); Secretaria Municipal Adjunta de Trabalho e Emprego (SMATE), Secretaria Municipal de Esporte e Lazer (SMEL), Secretaria Municipal de Educação (SMED) e o responsável pela Fundação Municipal de Cultura (FMC).

Nas reuniões participam os Secretários, isto é importante também, porque temos muito grupo de nível gerencial. O nível gerencial tem pouca autonomia de decisão, então pela temática, isto é um grupo de Secretários. Então de lá já saem decisões para serem tomadas. A frequência dos encontros é mensal. Tem a participação do secretário de saúde, do secretário do governo, de esportes, segurança, trabalho e da assistência social. (Integrante da Câmara Gestora de Política sobre Drogas)⁴⁴.

Desta forma, o “*Recomeço*” é composto por uma série de ações intersetoriais, da mesma forma que o Programa Federal *Crack, é possível vencer*, que deverão ser implantadas até 2016. O Programa municipal possui quatro eixos denominados: *estruturante, de tratamento, de reinserção social e de prevenção*. Esses eixos envolvem as Secretarias Municipais em ações específicas e integradas. Vejamos o que cada eixo representa.

As ações denominadas **estruturantes** estão a cargo da Secretaria Municipal de Governo. Cabe a essa Secretaria reestruturar o Conselho de Políticas sobre Drogas; criar o Fundo Municipal de Políticas sobre Drogas; desenvolver o Plano Municipal de Política sobre Drogas; desenvolver uma central de informação compartilhada; estabelecer um grupo técnico para acompanhamento de projetos de proteção social da criança e do adolescente usuário de drogas; realizar a primeira Conferência Municipal de Políticas sobre drogas e estabelecer como serão as parcerias com as Comunidades Terapêuticas.

Em agosto de 2013 o Conselho sobre Drogas já estava reestruturado, alterado o seu nome, de Conselho Municipal de Combate às Drogas, para Conselho Municipal sobre Drogas, sugerindo um olhar menos repressivo sobre a temática. E em sua composição foram incorporados representantes da sociedade civil, embora ainda não haja representação de usuários. Anteriormente só participavam desse Conselho representantes do poder público. Também foi ativado o fundo municipal que engloba todos os recursos que financiarão projetos e propostas de trabalho para o usuário de drogas e sua família. Em 29 de junho de 2013 foi realizada a I Conferência Municipal de Políticas Sobre Drogas.

Hoje ele chama Conselho Municipal de Política sobre Drogas e antes ele chamava Conselho Municipal Antidrogas. Mexeu na conotação porque quando você fala antidrogas, você pensa em autoridade. E essa é uma parte que a gente nem está mexendo muito. Nós de BH estamos preocupados em prevenção, reinserção e

⁴⁴Trecho de entrevista realizada pela autora em 12/01/2013

tratamento do que em repressão. A repressão está lá com a polícia, lá com o estado. (Representante da Gerência do Programa Recomeço)⁴⁵

Até agosto de 2013 a central de informação compartilhada não foi implantada. Consiste em um sistema de informação que interligará todos os serviços que prestaram qualquer tipo de atendimento ao usuário de drogas, sejam eles pertencentes ao setor público ou privado.

Nós vamos estar acompanhando o cara. Tudo isso vai estar amarrado. Quando o dependente chegar lá no Posto, a gente levanta a vida dele. Esse cara fez tratamento, sumiu. A gente vai conseguir acompanhar seja lá em qual equipamento ele for. (Representante da Gerência do Programa Recomeço)⁴⁶

As ações de **tratamento** consistem basicamente em ampliar a rede de atenção da Secretaria Municipal de Saúde, o que já foi citado como ponto de extrema vulnerabilidade, para usuários de álcool e outras drogas. Ampliação dos Consultórios de Rua, passando de 4 para 11 equipes; instalação de 4 equipes de atendimento domiciliar para usuários de álcool e outras drogas egressos de internação hospitalar; implantação de mais dois Centros de Referência em Saúde Mental Infantil (CERSAMI); implantação de 04 novos Centros de Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas (CERSAMS AD) e abertura de 12 leitos por ano em hospital geral, específicos para atendimento de quadros de intoxicação e síndrome de abstinência moderada a grave.

Até agosto de 2013 foram abertos mais dois CERSAM AD, o CERSAM AD Barreiro e o CERSAM AD Nordeste. As demais ações estavam nesta data em vias de ser implementadas. É importante destacar que o CERSAMI atende portadores de sofrimento mental grave e/ou usuários de álcool e outras drogas com até 17 anos incompletos. Ou seja, ao contrário dos CERSAM eles não se dividem em equipamentos especializados para aqueles que fazem uso abusivo de drogas.

São responsáveis pelas ações do eixo de **prevenção e reinserção social** as Secretarias Municipais de Educação, Adjuntas de Assistência Social e de Trabalho e Emprego, a de Esporte e Lazer e a Fundação Municipal de Cultura. Até agosto de 2013, as ações previstas neste eixo não foram implementadas. A missão deste eixo é instituir uma rede de proteção social para o usuário de drogas e seus familiares integrando suas ações no território; potencializar o programa de prevenção nas escolas denominado *Rede pela Paz*, e criar um programa específico de inclusão produtiva para o público usuário de álcool e outras drogas,

⁴⁵ Trecho de entrevista realizada pela autora em 12/08/2013

⁴⁶ Trecho de entrevista realizada pela autora em 12/08/2013

atendido na rede de serviços municipais. A proposta da Secretaria Municipal Adjunta de Trabalho e Emprego é criar um fluxo especial de atendimento aos usuários de drogas e seus familiares nos Postos de Atendimento do Sistema Nacional de Empregos (SINE). A Secretaria Adjunta de Assistência Social prevê o fortalecimento de retaguarda para as famílias nos CRAS e CREAS nas Regionais, através da criação de 03 CREAS Móvel. Esses terão a missão de trabalhar no território, junto às equipes de Consultório de Rua, formando também equipes volantes.

A ideia do CREAS, Centro de Referência Especializada da Assistência Social. Então ele cuida das violações de direitos, do trabalho de retorno à família, preparação da família para receber este sujeito, encaminhamento deste sujeito dentro da rede, acompanhamento de medidas legais, que este sujeito possa sofrer. E o CREAS sempre tem uma unidade de referência fixa, ele é por regional. [...] E a droga, como você trabalha ela, o crack principalmente como uma questão de um direito violado de uma doença, de uma questão mais complexa de violação dos direitos, em todos os sentidos, então é um típico caso de CREAS. [...] Então o MDS, qual a proposta que a assistência fez, no seu corpo, diante desta proposta do crack? Ela tem este centro de referência, só como unidade móvel. [...] Então a unidade agora vai ser junto com o consultório de rua, vai ter uma unidade móvel da Assistência Social, com mais potência para fazer abordagem, para fazer o cadastramento in loco dos usuários, e para estar fazendo esta questão de localizar família, documentação, fazer a entrada deste sujeito de uma forma mais potente. Porque quando temos este CREAS muito fixado na região, ele não consegue acompanhar este movimento, da população. (Integrante da Câmara Gestora de Política sobre Política sobre Drogas)⁴⁷

Também faz parte das atribuições da Secretaria Adjunta de Assistência Social a criação de uma Unidade de Acolhimento (UA) adulto e uma UA mamãe e bebê. A UA mamãe e bebê é uma iniciativa de Belo Horizonte, não está prevista no programa federal *Crack, é possível vencer*. Consiste em abrigar temporariamente as mulheres usuárias de crack que tiveram filhos, com vistas a fortalecer o vínculo entre a mãe e a criança evitando as adoções que ocorrem de forma recorrente quando a consumidora de crack que está na rua tem seu filho em uma maternidade. Ela é muitas vezes considerada incapaz para ficar com seu filho e este é encaminhado para a adoção. Essas são, enfim, as ações que constituem o programa municipal batizado de *Recomeço*.

Posto isso, alguns comentários sobre o programa municipal sobre drogas se faz necessário. Em primeiro lugar, neste programa, a questão da segurança pública ficou a cargo do estado. São ações de monitoramento e vigilância, com instalação de câmaras em vans alocadas em territórios onde o índice de violência é muito grande. O município está se ocupando em construir respostas que incluem o tratamento e a reabilitação daqueles que fazem uso prejudicial de drogas. Ou seja, Saúde e Segurança não estão conversando para

⁴⁷Trecho de entrevista realizada pela autora em 12/01/2013

pensarem juntas ações voltadas para aqueles que fazem uso abusivo de drogas. Como foi levantado na investigação de campo:

Esta é uma questão que confunde, mas a gente já não achou ruim que a Segurança não está tão inserida no *crack*, porque ela vem de uma história de *Olho Vivo*, que é muito mais em função da violência, dos pontos de violência e tráfico. Mas como nossa área é do tratamento, entendendo o crack como um problema de saúde, em todos os sentidos, a gente quer que a segurança fique com o *Olho Vivo* e em outros espaços, não inserida na nossa área que é pegar confiança nos usuários, entrar um pouco neste universo, a gente acha que teremos uns conflitos em colocar *Olho Vivo* em determinados pontos. (Integrante da Câmara Gestora de Política sobre Política sobre Drogas)⁴⁸.

A Segurança foge da alçada municipal porque a Segurança é a polícia militar. A nossa guarda não é de autoridade ela é patrimonial. Ela só cuida do patrimônio, a guarda municipal. (Representante da Gerência do Programa Recomeço)⁴⁹

É fato que, desde o lançamento da política de 2003 do Ministério da Saúde sobre drogas há uma sinalização de que o cuidado com o usuário de drogas deveria ser abordado de maneira transversal por diversos setores e não se restringir à Saúde ou Segurança. O Programa *Recomeço* e, antes dele, o Programa Federal *Crack, é possível vencer*, são por esse ângulo uma realização desta orientação do Ministério da Saúde. No entanto, um marco normativo não é suficiente para garantir que a cooperação entre as agências do governo aconteça. São “poderosas as forças centrífugas, capazes de impedir o necessário alinhamento de vetores para a produção da intersectorialidade” (FARIA, 2011, p. 48).

Ao tentar construir políticas intersetoriais, o que fica patente é a dificuldade em nivelar discursos, conciliar ideologias diversas em relação ao problema que o Estado deseja enfrentar. E a histórica falta de investimento pelo setor público no cidadão que sofre com o uso abusivo de drogas e em sua família contribui para desvalorizar o que tem sido proposto em termos de políticas públicas pelo governo. Além disso, há um predomínio de iniciativas de entidades religiosas que embora gerem desconfiança nos técnicos dos órgãos governamentais, não deixam de impor suas práticas e experiências.

Mas o fato é que a gente ainda está muito experimental para abordar esse fenômeno das drogas, sabe? Acho que está todo mundo tentando, mas a gente ainda não sabe exatamente como fazer. A gente acaba tendo muita influência hoje também de ONGS, ligados a grupos de religiosos, casos de muitos religiosos que estão chegando muito fortes. Então, eu tenho um movimento católico, eu tenho um movimento evangélico aqui, que chegam de uma forma bem... Lógico que a gente

⁴⁸ Trecho de entrevista realizada pela autora em 12/01/2013

⁴⁹ Trecho de entrevista realizada pela autora em 12/08/2013

que é técnico, quando chega estas pessoas a gente fica muito desconfiado, a gente tem preconceito. (Integrante da Câmara Gestora de Política sobre Drogas)⁵⁰.

De fato, os desafios da coordenação intragovernamental atingem não apenas as articulações das organizações estatais da mesma esfera de governo, como também o plano federativo, ou seja, a União, estados e municípios. Isso fica patente ao considerar os embaraços entre a Secretaria de Segurança do Estado e a de Saúde de BH, concretizados a partir do programa *Aliança pela Vida*, mais especificamente, *o Rua Livre*. De acordo com Faria (2011) pode-se pensar no aspecto político dos entraves impostos à coordenação entre as agências governamentais. Neste contexto, o estado de Minas Gerais parece privilegiar as Comunidades Terapêuticas como locus ideal para acolhimento aos usuários de drogas, em detrimento da rede assistencial de Belo Horizonte, não só da saúde, como também da assistência social. Em contrapartida, para o município de Belo Horizonte parece ser conveniente que outro setor se encarregue de cuidar da assistência ao usuário de drogas, pois assim a Saúde não precisa investir na montagem de uma rede de assistência a este usuário, o que já deveria ter sido feito desde os primórdios da Reforma Psiquiátrica em BH.

Outro ponto que fica patente na pesquisa é que, se a problemática das drogas deixa de ser uma resposta a ser dada hegemonicamente pela Saúde, especialmente pela Saúde Mental, uma abordagem intersetorial pode enriquecer a discussão, mas também pode fazer o Estado operar como se fosse composto por várias caixinhas habitadas por pessoas com discursos desconexos, o que pode gerar ações ineficazes e/ou redundantes.

O crack não se trata de saúde mental, é questão de saúde, eu entendo como uma questão de saúde e saúde ampla, que envolve a educação, que envolve uma saúde cidadã. Acho um equívoco primeiro porque a saúde mental não tem condições de dar o suporte necessário, somente pela via da saúde mental, acho que ela é importantíssima, pelo histórico, pela base que tem, na questão mesmo do significado deste uso, desta droga, para o sujeito na própria rede, eu acho que foi um equívoco colocar saúde mental, na minha opinião. Não estava na época, não sei como se deu este processo, mas acho que tem que envolver a saúde como um todo, porque é um problema que afeta a rede também, como um todo. Não é exclusivo, inclusive exige a questão do serviço público mais empoderado, neste sentido. (Integrante da Câmara Gestora de Política sobre Drogas)⁵¹.

Entretanto para que haja essa sinergia tornando o setor público mais empoderado em relação à problemática das drogas é preciso mais do que a soma de esforços em comum. De acordo com Faria; Rocha e Filgueira (2006) dentre os motivos para a barreira à cooperação entre os diversos setores do governo está a “resiliência institucional”. Há uma inércia a ser

⁵⁰Trecho de entrevista realizada pela autora em 12/01/2013

⁵¹Trecho de entrevista realizada pela autora em 12/01/2013

rompida, uma força que opera no sentido de não mudar, não agir diferente, não pensar diferente. Essa inércia que precisa ser vencida para que sejam assimiladas as mudanças que a coordenação entre os setores exige, é chamada de “resiliência institucional”. Mas para isso é importante que os atores envolvidos tenham uma visão que aglutina saberes e pontos de vista diferentes e não uma delegação do que compete a cada um na política pública que será adotada.

Outro ponto constatado em nossa pesquisa foi que a abordagem do tratamento do usuário de drogas exclusivamente pelo setor da Saúde Mental, através da oferta de serviços de Saúde, pode ter favorecido à vinculação entre o usuário de drogas e a incapacidade. Característica ainda hoje associada por alguns grupos leigos ao portador de sofrimento mental. Ao ser considerado incapaz de tomar algumas decisões, como, por exemplo, reconhecer a necessidade de tratamento, pode-se facilmente defender o tratamento involuntário como saída.

Porque aí parece que caracterizou justamente como problema de saúde mental, ficou fácil esta vinculação com a questão da internação involuntária, com a questão da hospitalização, acho que aí tem um grude, quando você associou com saúde mental, praticamente você está dizendo o seguinte: quando a sociedade pensa em saúde mental, ela pensa em internação num hospital psiquiátrico, aproxima com a loucura. Quando fala de saúde mental, para o social é doido. Ele vai logo para internar, precisa ser interditado, acho que até este simbólico ficou muito confuso... (Integrante da Câmara Gestora de Política sobre Drogas)⁵².

Para finalizar, é importante destacar que, conforme foi discutido no capítulo anterior, de acordo com o termo de adesão ao programa *Crack, é possível vencer* assinado pelos três entes federados, o estado ficou com a missão de cuidar da segurança pública no que tange a problemática das drogas. No entanto, suas ações através do programa *Aliança pela Vida* tiveram como consequência um desastroso encontro com o que a Secretaria Municipal de Saúde, através da Coordenação Municipal de Saúde Mental, já praticava. Em 2013 esse programa ressurgiu em duas ações, uma delas continua sendo o *Cartão Aliança*, mas que em BH até agosto de 2013 ainda não havia sido operacionalizada. E a segunda é o *Território Aliança*. Esta última consiste em uma parceria com o município de BH, contratando algumas Organizações Não Governamentais (ONG) para atuar na cidade, nos moldes do Consultório de Rua, com equipe e veículo próprio.

Até agosto de 2013 essa parceria pouco avançou e encontrou muitos conflitos entre a Secretaria Municipal de Saúde e as ONGS. Dentre as 6 entidades conveniadas inicialmente

⁵²Trecho de entrevista realizada pela autora em 12/01/2013

apenas uma pode ser considerada laica, ou seja, não é ligada a nenhum grupo religioso. As demais pertencem a dirigentes ligados a igrejas e são Comunidades Terapêuticas. Dentre os pontos de conflito que surgiram houve a recusa por parte destas ONG em distribuir preservativos e outros insumos. Esse conflito atinge o clímax quando uma das ONGS *Defesa Social* faz uma denúncia no Jornal o Tempo acusando a PBH de distribuir insumos que incentivarão o consumo de drogas.

Sob alegação de uma política de redução de danos causados aos moradores de rua que usam drogas, a Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) estaria distribuindo a essa população canudos para o uso de cocaína, água destilada para dissolver a droga e injetá-la, camisinhas e, até mesmo, gel lubrificante. É o que denuncia o pastor Robert Willian de Carvalho, presidente da ONG Defesa Social, uma das cinco integrantes do projeto Consultórios na Rua, da Secretaria Municipal de Saúde. (CAMILO, 2013)

A pesquisa de campo também revela que o programa estadual encontra dificuldades ao tentar fazer conviver em um mesmo território, em uma mesma cena, que não é de uso, mas de trabalho de intervenção com os usuários, atores de ideologias totalmente divergentes.

Esse programa do estado não decolou porque tem o pessoal da Saúde Mental que é muito contra e faz uma resistência forte, poderosa. Tem muita resistência desse setor da prefeitura. (Representante da Gerência do Programa Recomeço)⁵³

Portanto, a dificuldade em trabalhar intersetorialmente uma temática tão complexa quanto a das drogas é a necessidade de sentar para conversar pessoas com discursos e opiniões muitas vezes divergentes. As ações são implementadas e os técnicos abordam o problema de forma muito pouco convergente, como o que parece estar ocorrendo entre os profissionais do Consultório de Rua que foram treinados e capacitados pela Coordenação de Saúde Mental e os representantes das ONG que pertencem a entidades religiosas. Essas últimas consideram, por exemplo, a distribuição de insumos como preservativos um incentivo ao sexo. Para os profissionais do Consultório de Rua, o preservativo é principalmente um instrumento para criar vínculo com os usuários de droga na cena de uso. Duas ideologias opostas atingem o território e a cena pública de BH: o tratamento do usuário através da redução dos prejuízos que a droga causa e a eliminação da mesma como única forma de lidar com o desarranjo por ela ocasionado.

As duas abordagens ao invés de agregar saberes e experiências funcionam de forma competitiva e excludente. Funcionando assim o programa *Recomeço* e o *Aliança pela Vida*,

⁵³ Trecho de entrevista realizada pela autora em 12/08/2013

através do *Território Aliança*, não contribuem para que o usuário de drogas encontre saídas para sua dependência porque essas diferentes abordagens em um mesmo território ao invés de resultar em alianças produtivas podem confundir o usuário e perturbá-lo. Diante disso, a pessoa que faz uso abusivo de drogas está cada vez mais distante de ser protagonista desta história. De forma sintomática ele não tem acento no conselho que debate as ações públicas que deveriam servir para protegê-lo, o conselho sobre (ou anti?) drogas. De fato, o programa *Recomeço* apesar do sugestivo nome que poderia transmitir a ideia de que uma nova história se inicia em BH para os cidadãos que estão consumindo de forma prejudicial alguma substância psicoativa, ele se caracteriza por um leque de ações que estão longe de funcionar de forma coordenada e sinérgica, oferecendo aos seus beneficiários o melhor cuidado em relação à sua dependência e formas efetivas para prevenir que essa situação ocorra com outros cidadãos.

Infelizmente, o programa *Recomeço* corre o risco de entrar para a posteridade como sinônimo de retrocesso na política de uma cidade que garantiu voz aos portadores de sofrimento mental. Um recomeço de ações higienistas e de violação de direitos dos cidadãos em uso de drogas, pessoas que atualmente incomodam a sociedade tanto quanto incomodaram os loucos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo discutiu o percurso do Estado brasileiro em suas ações relacionadas à problemática das drogas. Partimos da esfera federal, que é o ente federado que mais elaborou políticas sobre essa temática e tem o maior número de marcos normativos relacionados a ela. Historicamente, essas políticas públicas foram inspiradas no modelo proibicionista norte americano que utilizou de um ideal de um mundo sem drogas para atender propósitos econômicos, além de ideológicos e morais.

No início do século XX, quando o Estado brasileiro decide que o uso de substância psicoativa é um problema que necessita de intervenção governamental, o saber médico tornou-se um conveniente aliado na realização de ações higienistas, que tinham como alvo, sobretudo, a população das classes inferiores. A Segurança também sempre esteve presente para garantir que os desviantes fossem encaminhados para tratamento ou para a prisão. O que até então era de âmbito pessoal, pertencente às escolhas que cada indivíduo decide fazer com seu corpo e mente, passou a ser objeto de intervenção governamental. Portanto, a Saúde e a Segurança Pública foram as áreas de atuação estatal que historicamente se ocuparam da problemática das drogas, ainda que nem sempre tenham alcançado resultados efetivos. A demanda por drogas não chegou a sofrer redução ao longo dos anos e as ações no âmbito da Saúde foram implantadas, na maioria das vezes, sem aferição dos resultados obtidos.

No decorrer dos anos, em relação à temática das drogas o governo adotou políticas públicas ora mais progressistas, por vezes mais conservadoras, num movimento pendular, mais influenciado pelo contexto político vigente do que por dados empíricos ou epidemiológicos. Ademais, nesse contexto de ações governamentais de avanços e retrocessos, foram necessários muitos anos, quase um século, para que as pessoas que fazem uso prejudicial de drogas, especialmente as ilícitas, fossem vistas como cidadãos de direito, inclusive a tratamento médico. No período pós-ditadura, na década de 80, com a abertura política e a reforma sanitária e psiquiátrica em pleno vapor, houve um breve prenúncio de um posicionamento estatal mais realista e menos moralista diante da perenidade das drogas na sociedade e seus efeitos. O Ministério da Saúde passou a validar a estratégia da Redução de Danos como uma metodologia de cuidado pensando não apenas em impedir a disseminação da AIDS, mas também na preservação da vida humana. No entanto, embora essa posição do Ministério seja da década de 1980, foi só em 2003 que essa agência estatal formalizou uma política voltada especialmente a este público, comprometendo-se com sua assistência em saúde e seus direitos de cidadão.

Desde então, o posicionamento oficial do Ministério da Saúde tem sido tratar os usuários de drogas em serviços abertos, próximos de sua comunidade, nos Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e outras Drogas (CAPSAD). O álcool aparece destacado com o intuito de reforçar o grave problema social e de saúde pública que essa substância representa, embora tenha grande aceitação social e não sofrer qualquer tipo de regulação, exceto a de ser restrito aos maiores de 18 anos. No entanto, pouco se efetivou em termos de abertura de serviços e construção de uma rede de assistência à população que faz uso prejudicial de drogas.

Foi somente com o advento do fenômeno crack e a partir de toda a repercussão midiática que ele engendra que, no final do governo Lula, a política ganha o nome de “*Enfrentamento ao crack*” e no governo Dilma de *Crack, é possível vencer*. Nomes que revelam a opção do Estado, ou pelo menos do Governo Federal, de adotar ações baseadas na ideologia de guerra às drogas, e que no âmbito internacional encontra-se em franco descrédito. Além disso, são políticas focadas em uma substância que está muito distante de ser a de maior uso entre os brasileiros, embora sua repercussão social seja significativa.

O programa *Crack, é possível vencer*, do governo Dilma, propõe uma ação intersetorial na abordagem do fenômeno, o que certamente é seu grande mérito. Responsabiliza setores do governo, como Educação e Desenvolvimento Social que, historicamente se recusaram a estabelecer ações voltadas a esse fenômeno humano. Para o Estado, a problemática das drogas sempre foi, gostaríamos de acentuar, um problema de saúde ou de segurança.

Apesar desse importante diferencial no programa federal, seus desdobramentos na cidade de BH, que consiste no programa *Recomeço*, mostram que a ação coordenada entre as diversas agências governamentais, como Educação, Saúde, Segurança e Assistência Social está longe de ser realidade. No final dos debates que se instauraram ao longo do ano de 2011, no legislativo, a Coordenação Municipal de Saúde Mental de BH, órgão do executivo responsável pela operacionalização desta política no território da capital mineira, que tradicionalmente foi responsável pelo tratamento do dependente químico, vê-se destituída no que se refere a um suposto saber sobre a solução desse desafio social. A Segurança não conversa com a Saúde, a Educação e a Assistência Social. E o governo estadual se desentende com o município.

Uma política menos inclusiva e mais demagógica parece ser o que se vislumbra no horizonte da capital mineira. A internação daqueles que fazem uso nocivo de drogas em Comunidades Terapêuticas ganha defesa não só no legislativo municipal, mas também na

mídia. Esse foi o preço a ser pago por uma política pública em relação às drogas muito tímida adotada pela Secretaria Municipal de Saúde até então. A cidade muito avançou no tratamento dos outrora chamados “loucos”, todavia, a falta de investimento naqueles que fazem uso nocivo de drogas criou um cenário favorável para que as ONGS comandadas por entidades religiosas ganhassem respaldo na sociedade.

As Comunidades Terapêuticas (CT) preconizam que a forma ideal de tratar o consumo abusivo de uma substância é suspendendo o uso da mesma. É nisso que aposta o governo estadual e a prefeitura que, até então, através da Secretaria Municipal de Saúde, reconhecia a Redução de Danos como metodologia privilegiada, começa a dar mostras de aceitar a inclusão das CT como forma de tratamento eficaz. Além de ser uma proposta de tratamento que se inicia pelo fim, ou seja, pela eliminação do principal sintoma que acomete o indivíduo, o tratamento nas Comunidades Terapêuticas deixa de fora toda uma parcela de usuários que fazem uso prejudicial de drogas e não consegue manter-se abstinente.

Ademais, o programa “*Aliança pela Vida*”, do governo estadual mineiro lançou no segundo semestre de 2013, em parceria com a Prefeitura de Belo Horizonte, uma ação intitulada “*Território Aliança*” que consistiu em contratar 6 ONGS para atuar no território de BH. A proposta seria realizar um trabalho nos moldes dos Consultórios de Rua que consiste em abordar as pessoas que estivessem fazendo uso de droga na rua, com o intuito de oferecer suporte dos serviços de saúde e da assistência social, mas que não focassem exclusivamente no tratamento da dependência. Mesmo porque, diante da grave vulnerabilidade social de algumas destas pessoas, o uso do crack pode ser o menor de seus problemas.

Todavia, dentre as ONGS contratadas pelo governo estadual, apenas uma não era ligada a nenhuma instituição religiosa. Houve, portanto, uma incompatibilidade de cunho religioso-político causando diversos conflitos entre profissionais das equipes dos Consultórios de Rua do município e das ONGS. A principal delas girou em torno da distribuição de insumos, como preservativos e água. Esses insumos eram interpretados como um estímulo ao uso de drogas e de sexo. Uma dessas ONGS, inclusive, denunciou na mídia que a prefeitura de Belo Horizonte estimula o uso de drogas e de sexo na população, através de distribuição de preservativos. De fato, para as ONGS o foco das ações é encaminhar o usuário para tratamento em uma Comunidade Terapêutica, tentando convencê-lo da necessidade de suspender o uso da substância. Preservar a vida e melhorar a forma que o sujeito tem encontrado para viver, não é a principal questão para as ONGS.

O que o presente estudo nos mostra é que a não efetivação de serviços públicos voltados aos usuários de drogas contribuiu para o empoderamento de entidades religiosas que,

aliás, durante muitos anos, foram as únicas instituições que se ocuparam de tratar o dependente químico. Belo Horizonte, embora tenha uma política exitosa no que diz respeito à desospitalização psiquiátrica e ao tratamento em serviços substitutivos, os CAPS, corre o risco de retrocesso. Os usuários de drogas, e os que, além disso, são portador de sofrimento mental grave, estão sendo encaminhados para regimes fechados. Hoje os dois hospitais psiquiátricos em funcionamento no território da capital mineira estão atendendo especialmente os usuários de drogas. É um tanto perversa a posição do governo municipal que, durante os anos não investiu na montagem dos serviços substitutivos, agora faz acordos com representantes do terceiro setor, deixando clara a sua posição de não apostar na efetividade do serviço público.

No entanto, não se pode deixar de reconhecer que todo o clamor social e a evidência midiática, que coloca o crack como se fosse o maior problema social das metrópoles, desconsiderando importantes questões estruturais como desigualdade social, falta de emprego e renda, acesso aos serviços públicos de saúde, de desenvolvimento social, trouxe visibilidade nacional aos que fazem uso não só de crack, mas também de outras drogas. Prova é que na cidade de BH, até o início de 2013, só havia um CERSAMAD, que é equipamento de saúde mais especializado, voltado a este público e até agosto de 2013 foram instalados mais dois CERSAMAD. De acordo com o Programa Recomeço serão abertos mais dois até 2016, totalizando cinco equipamentos. Ou seja, sem dúvida, a visibilidade que o crack trouxe beneficiou a assistência ofertada aos usuários de drogas.

Outro ponto a ser destacado nessas considerações finais é que, embora os programas lançados pelas três esferas de governo, *Crack é possível vencer*, *Território Aliança* e *Recomeço* prevejam ações integradas não apenas entre os entes federados, como também entre as agências governamentais no mesmo nível, isso não está ocorrendo. As ações estão acontecendo de forma pouco coordenada e às vezes com grandes incongruências no seu foco. A segurança, responsável por um dos eixos do programa federal denominado *autoridade*, ficou a cargo do governo estadual, que não está construindo junto com o município ações conjuntas. No lugar de cooperação vê-se conflito, no lugar de sinergia, redundância de esforço.

Muito embora a Secretaria de Saúde de BH tenha conseguido interromper uma ação claramente higienista proposta pelo governo estadual, com o sugestivo nome de *Rua Livre*, agora a Secretária de Saúde da capital mineira parece não resistir ao poderio econômico e político das ONGS, conhecidas como Comunidades Terapêuticas. Há que se admitir, não obstante, que durante um bom tempo foram a elas, quase exclusivamente, que a população

brasileira podia recorrer quando um familiar se dispunha a tratar de um uso descontrolado de uma substância psicoativa.

Seria interessante, para complementar o presente estudo avaliar os efeitos do programa *Recomeço*, e se vier realmente a se efetivar no município, o *Cartão Aliança*, apelidado de *Bolsa Crack*, que compõe o *Aliança pela Vida*, incentivo financeiro destinado às famílias que encaminharem seus parentes para tratamento nas Comunidades Terapêuticas. O grau de eficiência de uma política ou a sua demagogia podem ser confirmados pelo acompanhamento de sua implementação. Os usuários foram beneficiados? E suas famílias? Como estão suas vidas após o término do tratamento nas CT? Tudo isso poderia ajudar a lançar um pouco de luz em uma temática que ainda é conduzida por ideais morais e pouco fundamentadas na empiria.

Outro ponto que nos parece importante destacar é que os CAPS, inclusive os CAPSAD, com o tempo passaram a ser muito mais um serviço de saúde, com modelos de atendimentos bloqueados, enquadrados em uma lógica muito influenciada pelo saber médico. Isso fez com que ele se distanciasse de sua vocação psicossocial, que é de onde vem também o problema do usuário prejudicial de drogas. Uma abordagem apenas pelo viés “psi” ajuda pouco, especialmente quando o público alvo é usuário de droga. Conhecer o local em que ele faz uso da substância, a tentativa de auxiliar nos embaraços do viver, colocando a doença como pano de fundo, seria importante no auxílio ofertado a esses pacientes. Além do mais, uma identificação com os serviços e rotinas que atendem o portador de sofrimento mental grave facilita a abordagem que é feita especialmente pela justiça, mas também em outros setores do governo que acreditam que para o usuário de drogas, assim como para o louco não resta outra medida eficaz do que a internação.

A incapacidade de decidir sobre a necessidade de tratamento é um mito que ainda consegue convencer boa parte da sociedade. A partir dessa identificação entre uma possível incapacidade tanto do louco como do usuário de crack, alegando que ambos não podem responder por si, internações compulsórias ou involuntárias são encaradas como naturais. E não como um último recurso a ser adotado. Posto isso, a aproximação da Prefeitura de BH com as ONGS contratadas pelo governo estadual mostra que ao invés de ser um recomeço a política atual de 2013 se assemelha mais a um retrocesso político.

REFERÊNCIAS

ABOU-YD, Miriam; LOBOSQUE, Ana Marta. A cidade e a loucura. In: CAMPOS, Cezar (Org.) **Reescrevendo o público**. São Paulo: Editora Xamã, 1997.

ABRAMOVAY, Pedro. Crack e tabu. **Revista Cult**. São Paulo, vol.165, ano 15, fev. 2012. Disponível em: <http://revistacult.uol.com.br/home/2012/02/crack-tabu/>. Acesso em 08.06.2013

ALVARENGA, Elisa. Violência e Drogadição. **Responsabilidades**: revista interdisciplinar do programa de atenção integral ao paciente judiciário – PAI-PJ, Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, v. 2, n.1, p. 75-86, 2012. Disponível em: http://www.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai_pj/revista/>. Acesso em: 25/01/2013.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

AMARANTE, Paulo. **Política anticrack**: epidemia do desespero ou do mercado antidrogas? 2012. Disponível em: http://www.diarioliberalidade.org/index.php?option=com_content&view=article&id=23060. Acesso em: 24/04/2012.

ANAYA, Felisa. Reflexão sobre o conceito de serviço substitutivo em saúde mental: a contribuição do Cersam de Belo Horizonte – MG. 2004. 156f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil. 1.ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BIZZOTTO, Antonieta G. A luta do crackeiro embarçado entre a fissura e a intoxicação. In: SAPORI, Luis Flávio e MEDEIROS, Regina. **Crack, um desafio social**. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2010. p. 81-101.

BOHN, S.: Evangélicos no Brasil. Perfil socioeconômico, afinidades ideológicas e determinantes do comportamento eleitoral. **Opinião Pública**, vol.10, número 2, p. 288-338, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/op/v10n2/22020.pdf>. Acesso em: 28/05/13

BELO HORIZONTE. **Decreto nº 14.944**, de 29 de junho de 2012. Institui o Programa Recomeço. Disponível em: <http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1083163>. Acesso em: 19/08/2013.

BRASIL. **Decreto nº 3.696**, de 21 de dezembro de 2000. Dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3696.htm. Acesso em 26/06/2013

BRASIL. **Decreto nº 4.513** de 13 de dezembro de 2002. Altera os arts. 3º, 4º e 6º do Decreto nº 3696, de 21 de dezembro de 2000, que dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4513.htm. Acesso em: 26/06/2013.

BRASIL. **Decreto nº 5.912**, de 27 de setembro de 2006a. Regulamenta a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-006/2006/Decreto/D5912.htm. Acesso em: 26/06/2013.

BRASIL. **Decreto nº 7.179**, de 20 de maio de 2010a. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas, cria o seu comitê gestor e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm. Acesso em: 14/08/2013.

BRASIL. **Edital nº 001/2010/GSIPR/SENAD/MS**. Edital de processo seletivo que destina apoio financeiro a projetos de utilização de leitos de acolhimento por usuários de crack e outras drogas em Comunidades Terapêuticas, conforme o estabelecido no Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010b. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/edital_comu_terapeuticas.pdf Acesso em: 14/08/2013.

BRASIL. **Lei nº 11.343**, de 23 de agosto de 2006 b. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm. Acesso em: 14/08/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental em Dados**. Ano VI, nº 8, janeiro de 2011a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_mental_dados_v8.pdf. Acesso em: 16/08/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 101**, de 30 de maio de 2001. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/101_01rdc.htm. Acesso em 23/01/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 29**, de 30 de junho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. **Portaria 3088**, de 23 de dezembro de 2011c. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Disponível em:

<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria%20do%20Ministerio%20da%20Saude%20GM%20N%203088%202011%202702.pdf>

BRASIL. **Portaria 121**, de 25 de janeiro de 2012b. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html

BRASIL. Presidência da República. **Crack, é possível vencer**. Oficina de Alinhamento Conceitual. Texto Orientador. Brasília, 2012c.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Comissão Especial de Políticas Públicas de Combate às Drogas**. Transcrição da Audiência Pública, realizada no dia 14 de setembro de 2011d.

Disponível em:

[http://edemocracia.camara.gov.br/documents/69357/69392/Audi%C3%Aancia+P%C3%ABlica+14.09.11/ec53eb95-e743-41cd-8de9-e49aa1bf5f3e](http://edemocracia.camara.gov.br/documents/69357/69392/Audi%C3%Aancia+P%C3%ABblica+14.09.11/ec53eb95-e743-41cd-8de9-e49aa1bf5f3e). Acesso em: 15/08/2013.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 7663/2010d**. Acrescenta e altera dispositivos à Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas, dispor sobre a obrigatoriedade da classificação das drogas, introduzir circunstâncias qualificadoras dos crimes previstos nos arts. 33 a 37, definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e dá outras providências. Disponível em:

http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=3C657972DDC5085EE1EF6FF234A3EC1A.node2?codteor=789804&filename=PL+7663/2010. Acesso em 15/08/2013.

BRASIL. Ministério da Justiça. Política sobre drogas. Notícias. **Abertas 3,2 mil vagas para acolhimento de usuários de drogas no país**. Disponível em:

<http://portal.mj.gov.br/senad/main.asp?View=%7BB65AD46B-7869-40ED-B5EC-1652B28565BC%7D&Team=¶ms=itemID=%7B4F0D553D-8EE6-4FC1-A963-8561AC9EA31A%7D;&UIPartUID=%7B2218FAF9-5230-431C-A9E3-E780D3E67DFE%7D>. Acesso em: 15/08/2013.

CAMILO, José Vitor. ONG acusa prefeitura de incentivar uso de cocaína. **Jornal O Tempo**. Belo Horizonte, 30 de julho de 2013. Disponível em: <http://www.otempo.com.br/cidades/ong-acusa-prefeitura-de-incentivar-uso-de-coca%C3%ADna-1.688654>. Acesso em: 01/09/2013

CARLINI, E et al. **VI Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras**. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2010.

CARNEIRO, Henrique. Transformações do significado da palavra “droga”: das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo. In: VENÂNCIO, Renato Pinto e CARNEIRO, Henrique. **Álcool e drogas na história do Brasil**. Belo Horizonte: PUC Minas, 2005. p. 11-27.

CARVALHO, Jonatas Carlos de. **Uma história política da criminalização das drogas no Brasil**: a construção de uma política nacional. 2011. Disponível em: http://www.neip.info/html/objects/downloadblob.php?cod_blob=1170. Acesso em 29/01/2013.

CASTRO, Adriana M. Fórum mineiro de saúde mental: a alegria e a coragem de se fazer política. In: NILO, Kelly et al (Org.) **Política de Saúde Mental de Belo Horizonte**: o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2008. 258p.

CERVELLINE, Sílvia; GIANI, Malu; PAVANELLI, Patrícia. **Economia, religião e voto no Brasil**: a questão do aborto na eleição presidencial de 2010. In: IV CONGRESSO LATINO AMERICANO DE OPINIÃO PÚBLICA DA WAPOR - WORLD ASSOCIATION OF PUBLIC OPINION RESEARCH, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <http://www.ibope.com.br/pt-br/conhecimento/artigospapers/Paginas/Economia-religiao-e-voto-no-Brasil-a-questao-do-aborto-na-eleicao-presidencial-de-2010.aspx>

COMISSÃO GLOBAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. **Relatório**. Disponível em: http://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/global_commission_report_portuguese.pdf. Acesso em: 10/01/2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos**: locais de internação para usuários de drogas. Conselho Federal de Psicologia. Brasília, 2011. 200p. Disponível em: <http://www.cfp.org.br>. Acesso em: 15/12/12.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Parecer do Conselho Federal de Psicologia (CFP) sobre o Projeto de Lei no 7663/2010**. Conselho Federal de Psicologia. Brasília, 2013. 51p. Disponível em: <http://www.sedes.org.br/site/sites/default/files/Parecer%20CFP%20sobre%20o%20PL%207663.pdf>. Acesso em 21/04/13.

CORTINA DE FUMAÇA. Direção: Rodrigo Mac Niven. Co-Produção de J-R Mac Niven Produções e Tva2 Produções. Rio de Janeiro, 2010. Duração: 88min.

COSTA, Robinson L. **A inconstitucionalidade do artigo 28 da lei 11.343/2006**. 2011. 53f. Monografia (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Graduação em Direito, Fortaleza. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/pdf/cj037777.pdf>. Acesso em 28/01/2013.

CRUZ, Marcelo. Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de redução de danos. In: CIRINO, Oscar e MEDEIROS, Regina. **Álcool e outras drogas**: escolhas, impasses e saídas possíveis. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

DIAS, João Carlos; PINTO, Izabel M. Substâncias psicoativas: classificações, mecanismos de ações e efeitos sobre o organismo. In: SILVEIRA, Dartiu Xavier e MOREIRA, Fernanda Gonçalves. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

FANTAUZZI, Gustavo dos Santos, AARÃO, Bruna de Fátima. O advento do crack no contexto político brasileiro. In: SAPORI, Luis Flávio e MEDEIROS, Regina. **Crack, um desafio social**. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2010. p. 81-101.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. Os desafios da intersectorialidade na produção das políticas sociais. In: MOURÃO, Marcelo; PASSOS, Aléxia; FARIA, Carlos. (Org.) **O Programa BH Cidadania: teoria e prática da intersectorialidade**. Belo Horizonte: Únika Editora, 2011.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de; ROCHA, Carlos Alberto V.; FILGUEIRAS, Cristina A.C. Cooperação inter-organizacional e resiliência das instituições: notas sobre a intersectorialidade na gestão das políticas públicas. **Pensar BH: Política Social**, Belo Horizonte, n. 15, p.5-7, abr./jun.2006

FIORI, Maurício. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: VENÂNCIO, Renato Pinto e CARNEIRO, Henrique. **Álcool e drogas na história do Brasil**. Belo Horizonte: PUC Minas, 2005. p. 257-290.

FEDERAÇÃO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS NO BRASIL. **Posicionamento e questionamento das Federações de Comunidades Terapêuticas sobre o Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos realizada pelo Conselho Nacional de Direitos Humanos e Conselho Federal de Psicologia**. 2012. Disponível em: http://www.cruzazul.org.br/downloads/manifestacao_federacoes_de_cts_sobre_relatorio_cfp.pdf Acesso em: 18/01/2013.

FRACASSO, L. **Características da Comunidade Terapêutica**. 15 abr.2010. Disponível em: <http://www.restauracaodasvidas.com.br/2010/04/caracteristicas-da-comunidade.html>. Acesso em: 19/01/2013.

FRACASSO, L; LANDRE, Maurício. Comunidade Terapêutica. In: RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo (Org.) **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

HELVÉCIO, Rattón. **Em nome da razão**. YouTube, 06 de junho de 2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=R7IFKjl23LU>. Acesso em: 16/08/2013.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de S.; FRANCO, Francisco M.M. Drogas. In: HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de S.; FRANCO, Francisco M.M. Drogas. **Minidicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Moderna Ltda., 2004. p. 261.

KARAM, Maria Lúcia. Por que o modelo proibicionista ainda avança? In: MAGALHÃES, Carlos; MATTOS, Virgílio de; MAGALHÃES, J. L.Q, **Desconstruindo práticas punitivas**. Belo Horizonte: Grupo de Amigos e Familiares de Pessoas em Privação de Liberdade/Cress 6ª Região, 2012. p. 117-133.

KARAM, Maria Lúcia. **A necessária e urgente desmilitarização das atividades policiais.** Publicação Oficial da Associação Juízes para a Democracia, São Paulo. Ano 14, nº 56, p. 5.

KARAM, Maria Lúcia. **Drogas: legislação brasileira e violação a direitos fundamentais.** 2010. Disponível em: <http://www.leapbrasil.com.br/textos>. Acesso em: 20/06/2013,

LARANJEIRA, Ronaldo. Legalização de drogas e a saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 3, maio. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300002&Ing=en&nrm=iso. Acesso em: 04/02/2013.

MACHADO, Ana Regina. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública:** um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

MACRAE, Edward. **Substâncias Psicoativas:** não existe drogas, a priori! Disponível em: <http://www.each.usp.br/opuscorpus/PDF/f5p1.pdf>. Acesso em: 1/11/2012.

MARTINS, Rodrigo; VIEIRA, Willian. Um flagelo político. Crack, a caótica intervenção na Cracolândia paulista evidencia a falta de articulação entre as três esferas de governo e equivocada ênfase na repressão ao usuário. **Revista Carta Capital**. São Paulo, ano XVII, n. 680, p. 22-28, 18 de janeiro de 2012.

MEDEIROS, Regina. Clínica e croni (cidade): impactos do uso/abuso de crack na configuração urbana e nos tratamentos da toxicomania. In: SAPORI, Luis Flávio e MEDEIROS, Regina. **Crack, um desafio social**. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2010.

MELOTTO, Patrícia. **Trajetórias e usos de crack:** estudo antropológico sobre trajetórias de usuários de crack no contexto de bairros populares de São Leopoldo – RS. 2009. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

MENDONÇA FILHO, Frederico P. O Usuário e a Nova Lei de Drogas: apontamentos preliminares para pesquisa. In: 26ª REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 11, 2008, Porto Seguro, BA. Dilemas da (Des)Igualdade na Diversidade. Porto Seguro: Associação Brasileira de Antropologia. Centro Cultural de Eventos do Descobrimento, 2008. Disponível em: http://www.neip.info/upd_blob/0000/219.pdf. Acesso em 24 de janeiro de 2013.

MINAS GERAIS. Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais. **Diário do legislativo**. Dezembro de 2012. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/44573257/al-mg-23-12-2012-pg-29/pdfView>. Acesso em: 25/08/2013.

MINAS GERAIS. **Decreto nº 45.551**, de 16 de fevereiro de 2011. Cria a Agenda Intersetorial de prevenção ao Uso Indevido de Drogas. Disponível em: http://crv.educacao.mg.gov.br/aveonline40/banco_objetos_crv/%7B54E4BAB2-85E1-475C-99BC-B6539C305A8B%7D_DECRETO%20N%2045.551,%20DE%2016%20DE%20FEVEREIRO%20DE%202011.pdf Acesso em 20/08/2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al (Coord.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis/RJ: Vozes, 1994. 80 p.

MORAIS, Paulo César de Campos. **Drogas e políticas públicas**. 2005. Tese (Doutorado em Ciências Humanas: Sociologia e Política) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

MORETZOHN, Sylvia. A epidemia do crack: o cultivo científico da ignorância. **Observatório da Imprensa**. vol.721, ano 16, nov. 2012. Disponível em: http://www.observatoriodaimprensa.com.br/news/view/ed721_o_cultivo_cientifico_da_ignorancia. Acesso em: 08.06.2013.

NAPPO, Solange; SANCHEZ, Zila; RIBEIRO, Luciana. Troca de Sexo por crack. In: RIBEIRO, Pimenta; LARANJEIRA, Ronaldo (Org.) **O tratamento do usuário de crack**. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap.41, p. 566-576.

OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÃO SOBRE DROGAS. **Informações sobre drogas/Definição e histórico**. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>. Acesso em: 31/01/2013.

OS TREZE COMPROMISSOS PROGRAMÁTICOS DE DILMA ROUSSEFF PARA DEBATE NA SOCIEDADE BRASILEIRA. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.cebes.org.br/media/File/13_compromisso_dilma.pdf. Acesso em: 15/08/2012

PADILHA, Alexandre. Discurso de posse. 2011. YouTube, 3 de janeiro de 2011. Disponível em: www.youtube.com/watch?v=Qe6xXBpniZM. Acesso em: 15/08/2013.

PAIXÃO, Antônio Luiz. Problemas sociais, políticas públicas. In: ZALUAR, Alba. (Org.) **Drogas e Cidadania: repressão ou redução de riscos**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994. p 23-29.

PINHEIRO, Raquel. Redução de Danos e psicanálise aplicadas à toxicomania. In: CIRINO, Oscar e MEDEIROS, Regina. **Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

POLO-ARAÚJO, Maria; MOREIRA, Fernanda Gonçalves. Aspectos Históricos da Redução de Danos. In: NIEL, Marcelo; SILVEIRA, Dartiu, Xavier (Orgs.). **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de Saúde**. São Paulo: Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD); Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Ministério da Saúde, 2008.

QUEBRANDO O TABU. Direção: Fernando Grostein Andrade. Produção: Fernando Menocci, Silvana Tinelli e Luciano Huck. Brasil: Espaço Filmes, 2011. Duração: 80 min.

RIBEIRO, Maurides de Melo. A Redução de Danos e a Legislação Penal. In: NIEL, Marcelo; SILVEIRA, Dartiu, Xavier (Orgs.). **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de Saúde**. São Paulo: Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD); Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Ministério da Saúde, 2008.

RODRIGUES, Thiago. **Política de drogas nas Américas**. São Paulo: Editora da PUC-SP, 2004.

SABINO, Nathalí; CAZENAVE, Sílvia. Comunidades Terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. **Estudos de Psicologia (Campinas)**. Vol. 22 no 2. Campinas, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s103>. Acesso em: 30/05/2012

SAPORI, Luís Flávio. **Segurança pública no Brasil: Desafios e Perspectivas**. Editora FGV, 2007.

SILVA, Rosimeire. No meio do caminho, sempre haverá uma pedra. **Almanaque on-line**. Revista Eletrônica do Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais, Belo Horizonte. n.9, ano 5, julho a dezembro. 2011. Disponível em: <http://www.institutopsicanalisemg.com.br/psicanalise/almanaque/09/textos/No%20meio%20de%20todo%20caminho-Rose-final.pdf>. Acesso em 14/08/2013.

SILVEIRA FILHO, Dartiu Xavier. Dependências: de que estamos falando afinal? In: SILVEIRA FILHO, Dartiu Xavier; Gorgulho, Mônica (org). **Dependência: Compreensão e assistência às toxicomanias: uma experiência do PROAD**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

TOLEDO, Renato Godoy de. “Guerra às drogas encarcera mais negros do que apartheid”. **Brasil de Fato**. 10 de dezembro 2010. Disponível em: <http://www.brasildefato.com.br/node/5265>. Acesso em: 19/01/2013.

VELHO, Gilberto. A dimensão cultural e política dos mundos das drogas. In: ZALUAR, Alba. **Drogas e Cidadania: repressão ou redução de riscos**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994. p 23-29.

VELHO, Gilberto. **Nobres & Anjos: um estudo de tóxicos e hierarquia**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 2008. 2. ed.

VIEIRA, Radamés A. As injunções da pedra. In: SAPORI, Luis Flávio e MEDEIROS, Regina. **Crack, um desafio social**. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2010. p. 102-124.

ZALUAR, Alba. Introdução: Drogas e cidadania. ZALUAR, Alba. **Drogas e Cidadania: repressão ou redução de riscos**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994. p. 7-21.