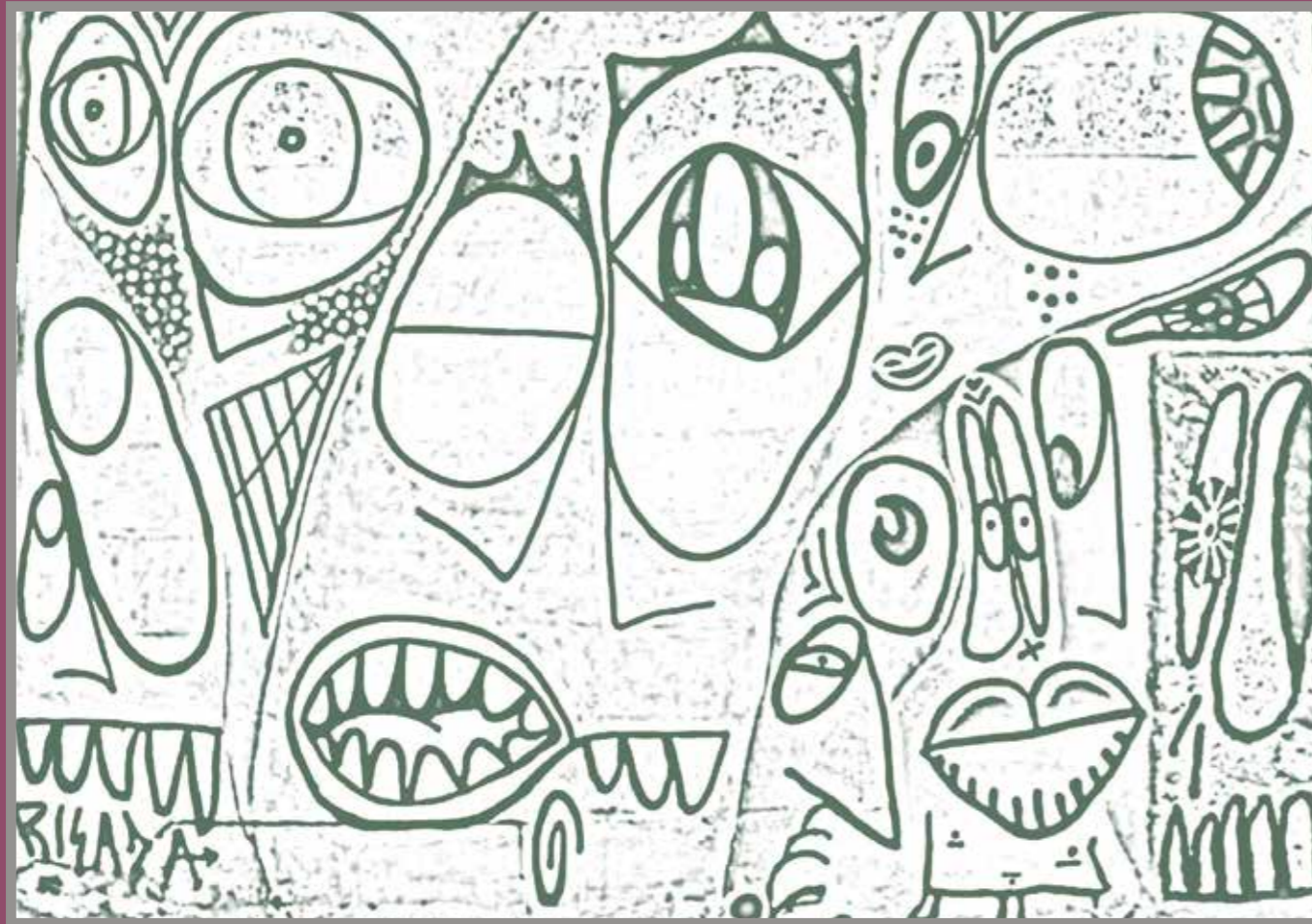


BIS

Boletim do Instituto de Saúde
Volume 18 – nº 1 – Julho 2017
ISSN 1518-1812 / On Line: 1809-7529



Boletim do Instituto de Saúde | BIS | Volume 18 | nº 1



Drogas, saúde & contemporaneidade



SECRETARIA
DA SAÚDE

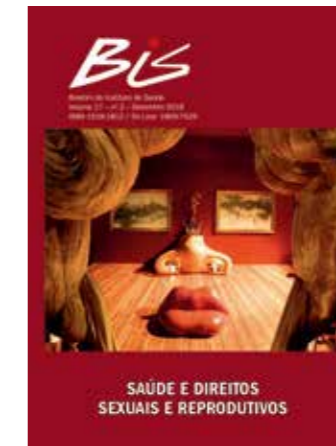


GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

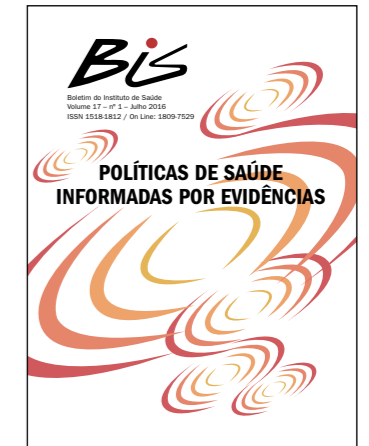
BIS – números já editados



(v. 17 - suplemento) / 2016
VI Prêmio David Capistrano
de Experiências Exitosas
dos Municípios Paulistas



(v. 17 - nº 02) / 2016
Saúde e direitos
sexuais e reprodutivos



(v. 17 - nº 01) / 2016
Políticas de Saúde
informadas por evidências



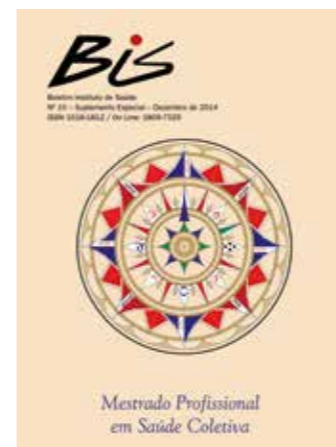
(v. 16 - suplemento) / 2015
V Prêmio David Capistrano de Experiências
Exitosas na Área da Saúde 2015



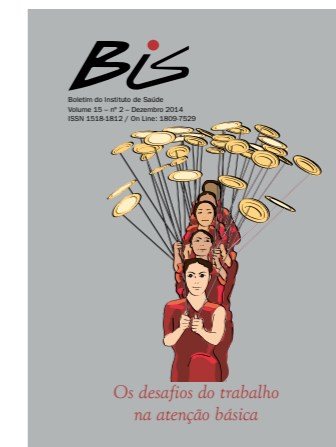
(v. 16 - nº 02) / 2015
A contribuição das bases de
dados demográficos e dos
Sistemas de Informação em
Saúde para a gestão do SUS



(v. 16 - nº 01) / 2015
Estratégias para alcançar
um desenvolvimento
integral na primeira infância



(v. 15 - suplemento) / 2014
Mestrado Profissional
em Saúde Coletiva



(v. 15 - nº 02) / 2014
Os desafios do trabalho
na atenção básica



(v. 15 - nº 01) / 2014
Enfrentamento da violência
pela Saúde II

Sumário

Editorial	3
Maconha: aspectos de uma construção facetada do chamado “ópio do pobre” e as vítimas preferenciais das políticas criminais beligerantes Laís Rosatti	7
Choque de ordens: drogas, dinheiro e regimes normativos em São Paulo Gabriel de Santis Feltran	25
A política de enfrentamento como produtora de dano: a epidemia de crack no contexto da saúde pública contemporânea Isabela Bentes	41
Crack – entre deslocamentos, territorializações e resistências: uma caça às bruxas contemporânea Laís Rosatti	48
Em busca da luz: a encruzilhada entre a fé e as drogas na Cracolândia de São Paulo Marcos Antonio de Moraes (Montanha), Carlos “Comunidade”, Roberta Marcondes Costa, Thiago Godoi Calil, Marcelo Ryngeblum, Glauber Castro, Raonna Caroline Ronchi Martins	69
Exposição e invisibilidade: as narrativas de usos e controles de drogas consideradas ilícitas Selma Lima da Silva, Rubens de Camargo Ferreira Adorno	83
CAPSad como espaço de resistência, cuidado e afirmação da vida Elza Cândido de Farias	101
“Diálogos na Luz”: uma intervenção psicológica a partir da clínica ampliada e da gestão do cuidado em saúde na “Cracolândia” José Tiago Cardoso, Flávia de Lima Cunha, Milena Vieira Silva, Milena Castilho Miyamoto, Rosemary da Silva Queiroz	114
Internação compulsória como opção de tratamento a dependentes de crack Amanda Menon Pelissoni, Danuta Medeiros, Mayra Cecilia Dellu, Regina Figueiredo, Soraya Souza Cruz Ferreira, Wendry Maria Paixão Pereira, Fernando Lefèvre, Ana Maria Cavalcanti Lefèvre	129
Inclusão de familiares de pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool e outras drogas na atenção em saúde Helton Alves de Lima, Isabel Bernardes Ferreira	141

A arte utilizada na atenção de adolescentes em situação de vulnerabilidade social e uso abusivo de drogas

Jéssica Magalhães Tor 151

Projeto “Um Brinde à Saúde!” - promoção, discussão e criação publicitárias de peças de incentivo ao consumo consciente do álcool

Regina Figueiredo, Marta McBritton, Elisa Codonho Premazzi, Claudia Reggiane, Adriana Navarro Nabeiro, Regiane Garcia 163


Editorial

Esta edição do *Boletim do Instituto de Saúde (BIS)* contém artigos que discutem a questão das drogas com abordagens que ultrapassam o modelo proibicionista de combate às drogas e à lógica do Estado mínimo, que produzem efeitos nefastos nas políticas de saúde e refletem na saúde física e mental dos seres humanos. São discussões que possibilitam que se ultrapasse a linha tênue entre a justiça e a saúde, possibilitando a percepção dos indivíduos como sujeitos, que produzem afetos, que têm desejos e que podem, com seus saberes, contribuir para a construção de outras formas de fazer políticas de saúde; ou seja, que vejam o indivíduo em sua integralidade, seu contexto e história.

Em 2015, o Instituto de Saúde, como membro do Grupo de Estudos Drogas e Sociedade (GEDS), promoveu o curso “Perspectivas para Além do Proibicionismo: drogas & sociedade contemporânea”, em parceria com a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), da Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas (ABRAMD), da Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos (REDUC), da Associação Brasileira de Estudos Sociais do Uso de Psicoativos (ABESUP), do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas da Universidade Federal de São Paulo (CEBRID/UNIFESP), da Plataforma Brasileira de Política de Drogas (PBPD) e do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP-SP). Desse curso, resultaram o livro “Drogas & Sociedade Contemporânea: perspectivas para além do

proibicionismo” e essa edição especial da revista Bis, que apresenta investigações recentes que têm como pressuposto a abordagem antiproibicionista e de redução de danos.

Os artigos apresentam uma abordagem multidisciplinar com uma abrangência social, política, pedagógica, psicológica, priorizando as questões das políticas de saúde, em seus conteúdos: os contextos históricos de construção da política de proibição das drogas no Brasil, com o caso da maconha, demonstrando a intenção de incriminar práticas de populações marginalizadas (negros e pobres) em contraposição à liberação das drogas das elites, discutida por Laís Rosatti; o mercado de drogas “por dentro”, sua questão monetária e moral, a partir de uma perspectiva etnográfica exposta por Gabriel Feltran; as tentativas de desterritorialização e as resistências que se dão na caça aos usuários de crack, expostas por Isabela Bentes; as territorializações discutidas pelo ponto de vista da Bioética, apresentada por Laís Rosatti; a questão da religiosidade e da espiritualidade das pessoas que usam drogas verificada nos “fluxos” de crack, observados por Carlos Montanha e colegas; outras formas de uso e controle de drogas, como o crack, apresentadas por Selma L. Silva e Rubens Adorno; o modelo de assistência à saúde enquanto espaços de afirmação da vida proposto pelos CAPS-ad, discutido por Elza Farias; a experiência de utilização de estágios de clínica ampliada de Psicologia nos espaços de “Cracolândia”, relatada por José Tiago



Cardoso e colegas; a percepção de estudantes de Saúde Pública sobre a internação compulsória como opção de tratamento aos usuários de crack, analisados por Amanda Pelissoni e colegas; os efeitos do crack sobre o desenvolvimento gestacional, pesquisado por Alessandra Timóteo e colegas; a importância da inclusão de familiares na atenção em saúde dos usuários de álcool e outras drogas, salientada por Helton Lima e Isabel Ferreira; a utilização da arte na atenção a adolescentes em situação de vulnerabilidade e uso abusivo de drogas, feita por Jéssica Tor; e, ainda, a experiência de prevenção ao abuso de álcool e de seus impactos na prevenção sexual, promovida pelo Instituto Cultural Barong, abordado por Regina Figueiredo, Marta McBritton e colegas.

Assim, esta publicação também procura contribuir para a reflexão e análise crítica das políticas de saúde sob um enfoque que vai além dos atuais discursos de proibição dessas substâncias e seus efeitos e das abordagens punitivas e

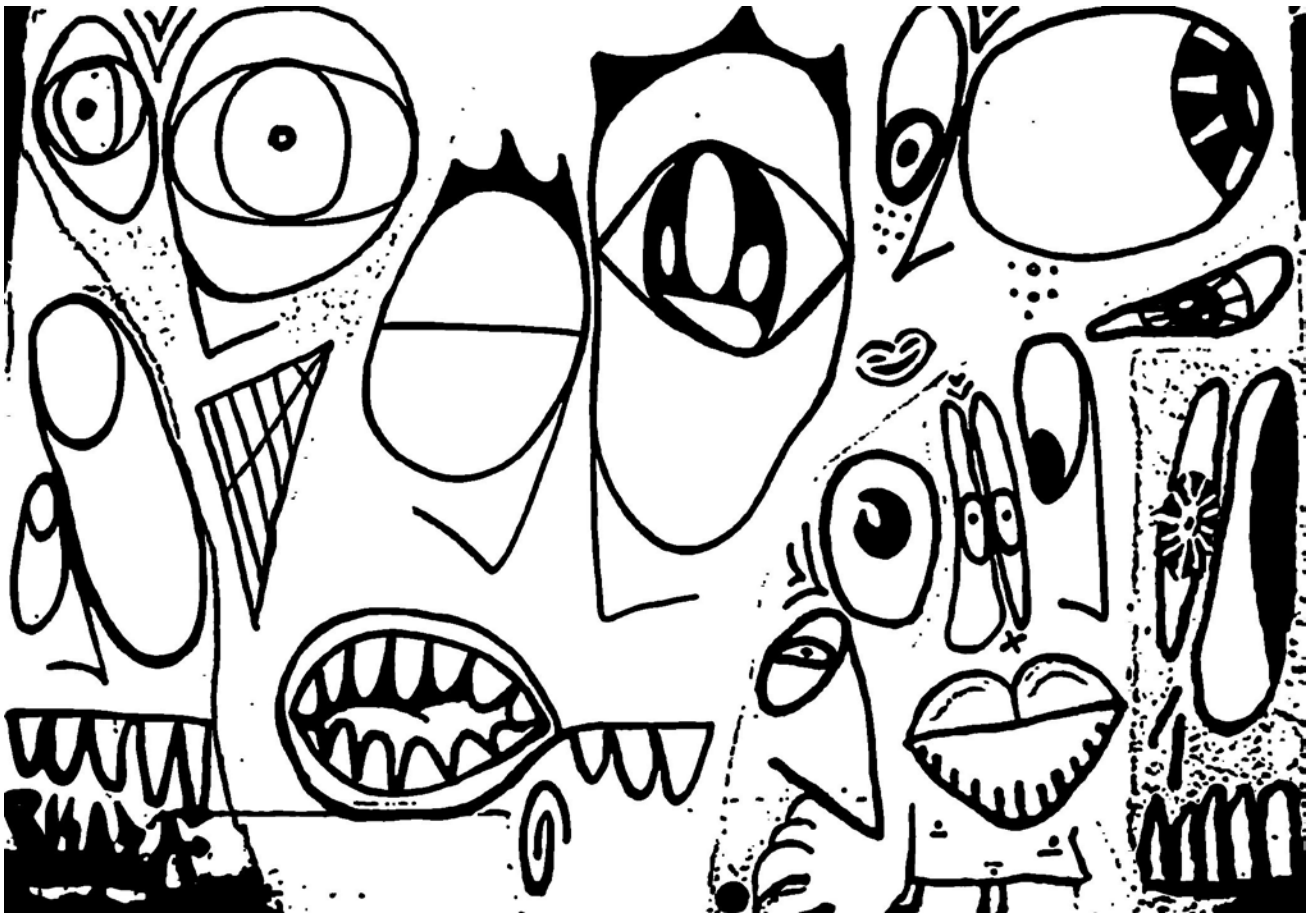
estigmatizantes de seus usuários, que deslocam a questão de saúde para uma questão penal.

Tudo isso é saúde! ou a falta de saúde: as condições em que os sujeitos vivem ou sobrevivem; as formas em que as políticas públicas incidem sobre a população – principalmente a vulnerabilizada –, aspectos que deveriam edificar as políticas de saúde.

Abordar o tema das drogas e saúde, portanto, exige a construção de uma visão crítica do “quadro” vigente composto por vários “cenários”. “Quadro”, frente aos quais podemos elaborar estratégias e perspectivas de cuidado social e de saúde, questionar modelos vigentes e realizar intercâmbio de saberes e articulações, visando projetar um novo “quadro” que integre as pessoas como sujeitos, com estratégias de vida amparadas por políticas públicas de promoção ao bem social, à plena cidadania e à saúde.

Regina Figueiredo

Marisa Feffemann



Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Rua Santo Antonio, 590 – Bela Vista
São Paulo, SP – CEP: 01314-000
Tel: (11) 3116-8500 / Fax: (11) 3105-2772
www.isaude.sp.gov.br
e-mail: boletim@isaude.sp.gov.br

Secretário de Estado da Saúde de São Paulo
David Everson Uip

Instituto de Saúde

Diretora do Instituto de Saúde
Luiza Sterman Heimann

Vice-Diretora do Instituto de Saúde
Sônia I. Venâncio

Diretora do Centro de Pesquisa e Desenvolvimento para o SUS-SP
Sílvia Regina Dias Médici Saldiva

Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP
Tereza Setsuko Toma

Diretor do Centro de Apoio Técnico-Científico
Márcio Derbli

Diretora do Centro de Gerenciamento Administrativo
Bianca de Mattos Santos

Boletim do Instituto de Saúde – BIS

Volume 18 – Nº 1 – Julho 2017
ISSN 1518-1812 / On Line 1809-7529
Publicação semestral do Instituto de Saúde
Tiragem: 2000 exemplares
Rua Santo Antonio, 590 – Bela Vista
São Paulo, SP – CEP: 01314-000
Tel: (11) 3116-8500 / Fax: (11) 3105-2772
boletim@isaude.sp.gov.br

Instituto de Saúde – www.isaude.sp.gov.br
Portal de Revistas da SES-SP – <http://www.wp/periódicos.ses.sp.bvs.br>

Editor
Márcio Derbli

Editores científicos
Regina Figueiredo
Marisa Feffermann

Núcleo de Comunicação Técnico-Científica
Camila Garcia Tosetti Pejão

Administração
Bianca de Mattos Santos

Capa
Grafite – Paulo Diego de Almeida Souza (Risada)
Foto – Paulo Diego de Almeida Souza (Risada)

Ilustrações
Paulo Diego de Almeida Souza (Risada)

Revisão
Regina Figueiredo

Diagramação
Fatima Regina S. Lima

Editoração, CTP Impressão e Acabamento
Imprensa Oficial do Estado S/A – IMESP

Conselho editorial

Alberto Pellegrini Filho – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil

Alexandre Kalache – The New York Academy of Medicine – Nova York – EUA

Camila Garcia Tosetti Pejão – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Carlos Tato Cortizo – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Ernesto Báscolo – Instituto de la Salud Juan Lazarte – Universidad Nacional de Rosario – Rosario – Argentina

Fernando Szklo – Instituto Ciência Hoje (ICH) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil

Francisco de Assis Accurcio – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte-MG – Brasil

Ingo Sarlet – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS) – Porto Alegre-RS – Brasil

José da Rocha Carneiro – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Rio de Janeiro-RJ – Brasil

Katia Cibelle Machado Pirotta – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Ligia Rivero Lupo – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Luiza S. Heimann – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Márcio Derbli – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Marco Meneguzzo – Università di Roma Tor Vergata – Roma – Itália

Maria Beatriz Miranda de Matias – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Maria Lúcia Magalhães Bosi – Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza-CE – Brasil

Monique Borba Cerqueira – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Nelson Rodrigues dos Santos – Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo-SP – Brasil

Raul Borges Guimarães – Universidade Estadual Paulista (UNESP) – Presidente Prudente-SP – Brasil

Samuel Antenor – Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo – Unicamp – Campinas-SP – Brasil

Sílvia Regina Dias Médici Saldiva – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Sônia I. Venâncio – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Tereza Setsuko Toma – Instituto de Saúde (IS) – São Paulo-SP – Brasil

Maconha: aspectos de uma construção facetada do chamado “ópio do pobre” e as vítimas preferenciais das políticas criminais beligerantes

Marijuana: aspects of a faceted construction of the called “opium of the poor” and the favoured victims of the belligerent criminal policie

Laís Rosatti¹

Resumo

Desde tempos imemoriais, o homem buscou estímulos capazes de alterar seu estado de consciência. Em diversos momentos históricos, a maconha assumiu um papel fundamental que reafirmou a cultura e a identidade de muitas sociedades. No Brasil, a partir do momento em que se suscitou uma moralidade nova em detrimento de uma já estabelecida, aclamou-se um inimigo interno que foi submetido a manifestações de controle e que construiu no imaginário social um pretexto de contenção da violência para categorias sociais muito específicas, criadas a partir de manobras escravistas arbitrárias. O presente artigo visa expor uma análise sobre as intervenções seletivas do Estado que marginalizam usuários e pequenos traficantes; bem como as soluções penais imediatas de um Estado de exceção que se convertem no gatilho do arsenal criminoso do Estado, voltando-se, sobretudo, às populações negras, pobres e periféricas das grandes metrópoles brasileiras.

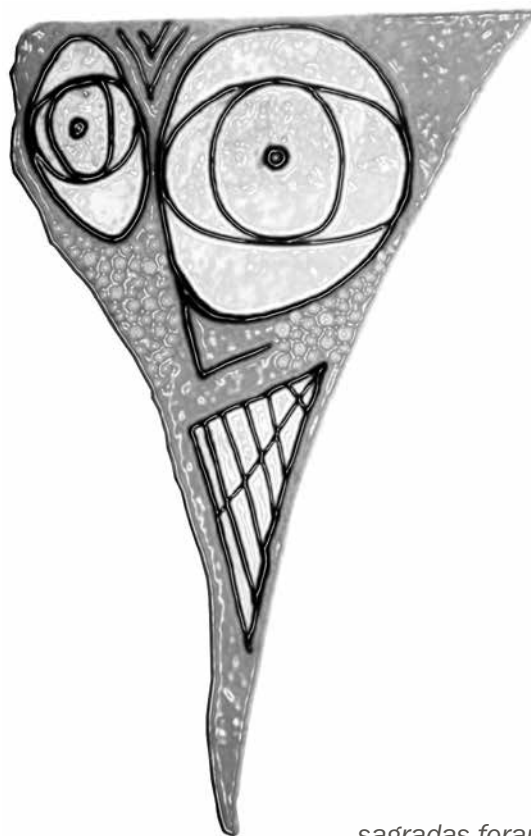
Palavras-chave: Maconha; Estereótipo; Estado Bélico.

Abstract

Since immemorial times, Man looked for stimuli that were able to change his state of consciousness. In various historical moments, the marijuana took a fundamental role that reaffirmed the culture and identity of many societies. In Brazil, since the moment new morality was sustained in detriment of the one already established, it was acclaimed one internal enemy that was submitted to manifestations of control, and that built in the social imaginary a pretext of violence contention for very specific social categories, created from arbitrary averist manouvers. The present article aims to expose an analysis about the selective interventions of the State that marginalizes the drug addicted and small drug dealers; as well as immediate penal solutions of a State of exception that are converted in the trigger of the State's criminal arsenal, mainly targetting the black, poor and peripheric populations of the big Brazilian metropolis.

Keywords: Marijuana; Stereotype; Bellicose State.

¹ Laís Rosatti (laisrosatti@usp.br) é especialista em Direito Penal e Processual Penal pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e em Bioética pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Pesquisadora Doutoranda em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.



Introdução

O uso de substâncias psicoativas foi feito pela humanidade de diferentes formas –quer medicinal, cultural, ritualística ou lúdica –, pois o homem sempre buscou modificar sua percepção do mundo através de estímulos capazes de atuar sobre seu psiquismo no intuito de “provocar alterações dos estados de consciência e a procura de experiências inéditas” (p.186)². Segundo Antonio Escohotado⁶, muitas sociedades reafirmaram sua identidade cultural atravessando experiências com alguma substância psicoativa:

“Antes que o sobrenatural se concebesse em dogmas escritos, castas sacerdotais interpretaram a vontade de algum deus único e onipotente, percebido em estados de consciência alterada foi o coração de inúmeros cultos, e o foi a título de conhecimento revelado precisamente. As primeiras hóstias ou formas

sagradas foram substâncias psicoativas como o peyote, o vinho ou certos fungos (p.10-11)⁶.

A história fabulosa dos deuses e semideuses da antiguidade constituiu a passagem dos tempos onde foi comum seu uso, tanto nos ritos de passagem, como nos sacrifícios cerimoniais: “As substâncias de aroma perfumado foram comumente usadas como incenso, queimadas sob a orientação de sacerdotes com o fim de agradecer ou apaziguar os deuses” (p.9-17)¹⁶. Assim, períodos há em que, se por um viés, as substâncias psicoativas possuíam função sacramental, divina, portanto, socialmente aceita, e em outros eram-lhes atribuídas características ocultas, diabólicas, quando eram, portanto, perseguidas.

De acordo com Escohotado⁶:

“Umam presenteavam vítimas (animais ou humanas) a alguma deidade para obter seu favor, enquanto outras comem em comum algo considerado divino. Esta segunda forma de sacrifício – o ágape, o banquete

sacramental – se relaciona quase infalivelmente com drogas” (p.11)⁶.

Nas lendas e mitologias, é possível encontrar o uso de substâncias psicoativas pelos próprios deuses enquanto ato divino. Na mitologia grega, por exemplo, descreve Pierre Commelin, que Morfeu – um dos filhos do deus do sono Hipno – era encarregado de tomar a forma humana a fim de se apresentar aos homens durante o sono. Possuía uma papoula na mão e, ao tocar a pessoa com o caule da planta, permitia-lhe adormecer. Chegava trazido por suas asas, sempre que os grandes deuses precisassem ou sempre que os homens desejassem repousar. Seu pai Sono e seus outros irmãos Sonhos, tinham morada em uma caverna na Ilha de Lemnos – segundo Homero – ou no país dos Cimérios – segundo Ovídio. Eram responsáveis por promover o esquecimento da tristeza e dormiam dispersos sobre papoulas (p.180-181)³.

As primeiras referências do cânhamo surgem sendo empregadas nos cerimoniais em tempos de domínio assírio e datam do século IX a.C., segundo Escohotado⁶. A resina de cânhamo foi utilizada também pelos egípcios na confecção de incensos cerimoniais conhecidos como *kiphy*. Já na Europa Ocidental, este autor relata que, por volta do século VII a.C., os celtas exportavam cordas e estopas de cânhamo pelo Mediterrâneo. Já na Índia, o cânhamo teria brotado ao cair do céu gotas de ambrósia divina o que, segundo a tradição brahmânica, “agiliza a mente, concede longevidade e potencia os desejos sexuais” (p.16)⁶. É, segundo o autor, mencionado, ainda, como a bebida preferida do deus guerreiro Indra, sendo considerado como transformador da rotina sensorial, fonte de vida e felicidade (p.115)⁷.

A natureza é responsável pela produção de um complexo laboratório químico e alquímico, do qual muitas das substâncias medicamentosas devem suas propriedades curativas às ervas que elas contêm, de modo que em todas as etapas

da existência humana, desde tempos imemoriais, as ervas têm sido vitais para a administração da vida. De acordo com Aldous Huxley¹⁴:

“Na vida individual, para uso cotidiano, sempre houve drogas inebriantes. Todos os sedativos e narcóticos vegetais, todos os eufóricos derivados de plantas, todos os entorpecentes que se extraem de frutos ou raízes, todos, sem exceção, são conhecidos e vêm sendo sistematicamente empregados pelos seres humanos, desde épocas imemoriais” (p.39)¹⁴.

A influência antropológica exercida sobre o desenvolvimento das práticas religiosas de diversos povos primitivos que fizeram uso de alguma substância psicoativa está diretamente vinculada às questões que envolveram a mitologia e a história;

...“além do mais, é coisa comprovada pela história que a maioria dos contemplativos trabalhou sistematicamente para poder modificar o equilíbrio químico de seu organismo, tendo em vista criar condições internas favoráveis a inspiração mística” (p.103)¹⁴.

Desta forma, houve o desempenho de uma função primordial na vida individual e comunitária do ser humano no processo civilizatório. Porém, no decurso do tempo, práticas antes estimuladas e socialmente aceitas por serem identificadas com o divino sofreram estreitamento, através de proibições e perseguições pela imposição de estigmas demonizantes.

Nesse sentido, é possível identificar um viés segregatório desenvolvido no avançar da civilização, que permeou as esferas sagradas ou prazerosas da vida humana e que fortaleceu o estigma social, limitando a soberania do indivíduo sobre si mesmo e sujeitando-o à autoridade social da qual é parte integrante. Porém, “a História nos ensina que nenhuma droga desapareceu ou deixou de ser consumida em decorrência de sua proibição” (p.40)⁵.

Duas substâncias psicoativas se destacaram no cenário em que figurou o século XIX, tanto por suas semelhanças no modo como eram empregadas desde os primórdios da humanidade, como também por suas características sociais antagônicas que se descortinaram no decorrer do tempo e que perduram em pleno século XXI, a saber: o ópio e a maconha. Com o tempo, o ópio e a maconha deixaram de ser vegetais mágicos ligados a ritos e sacramentos e percorreram caminhos distintos.

Para Bucher², as condições de vida influenciaram fortemente os hábitos de consumo de uma determinada população que era parte de determinado contexto social, econômico, político e cultural. Se, de um lado, a influência europeia exercida em terras tupiniquins obteve do ópio o apanágio do homem branco, de outro, a maconha trazida como alento pelo negro escravizado erigiu como algo pernicioso e imoral. Tal fato se evidencia nos escritos de autores como Pernambuco Filho e Adauto Botelho⁹:

“Principalmente em relação ao opio, outr’ora os casos que se notam eram na sua maioria provenientes da boa fé de médicos que, para um mal qualquer doloroso, aconselhavam ao seu cliente o uso de injeção de morfina ou qualquer outra medicação opiacea; facto que apesar do conhecimento que possuímos dos perigos do habito, ainda, infelizmente se verifica hoje. Actualmente, porém, é pela procura de volúpia e sensações estranhas e novas que os individuos, via de regra snobs, cançados dos prazeres habituaes, se viciam” (p.14)⁹.

O tratamento dado ao ópio e à maconha no Brasil

Em linhas gerais, nota-se que o Brasil sofria o reflexo do que se passava no continente europeu. Esta tese se reforça quando comparada à análise realizada por João Bernardino Gonzaga¹¹, ao tratar do que chamou de “toxicomanias elegantes”:

“Das chamadas “toxicomanias elegantes”, que são as mais sérias (opiomania, morfomania, cocainomania, etc.) o ópio e seus derivados nunca representaram papel saliente em nosso mercado interno, porque jamais foram aqui objeto de uma traficância verdadeiramente organizada e estável. (...) O maior problema, que persiste e que cresce assustadoramente, entretanto, é o da maconha. Enquanto a cocaína, pelo seu alto custo, se limita em grande parte a certos círculos restritos de pessoas mais abastadas, a maconha, ou “opio do pobre”, favorecida pela larga produção nacional, alastrava-se por todas as camadas da população, sem que nada perturbasse a sua marcha” (p.28-29)¹¹.

Enquanto o ópio era receitado de “boa-fé” por médicos e comumente utilizado pelas classes mais favorecidas da elite branca escravista – ou ainda, da categoria dos poetas, artistas e sonhadores –, a maconha tinha em si um “problema avassalador”: trazia consigo reminiscências da escravidão, sendo utilizada pelas classes consideradas subalternas, degeneradas e marginalizadas. Desse modo, os habituados ao ópio – fossem moderados ou imoderados –, apenas se limitavam a chamar a atenção de revistas ou periódicos, ao invés de juízes ou polícias, como se pode observar no trecho seguinte:

“Este formidável consumo não cria problemas de ordem pública ou privada. Ainda que se contem por milhões, os usuários regulares de ópio não existem nem como casos clínicos nem como marginais sociais, o costume de tomar esta droga não se distingue de qualquer outro costume - como madruguar ou transnoitar, fazer muito ou pouco exercício, passar a maior parte do tempo dentro ou fora de casa...” (p.32-33)⁶.

Tratava-se, portanto, de um assunto alheio à esfera jurídica, política ou de ética social – de

acordo com o autor –, uma vez que não causava incômodo que pessoas bem integradas socialmente usassem ópio por décadas através de recomendações médicas. Diferentemente, o uso da maconha pelo negro brasileiro foi considerado “coisa de sem-vergonha” praticada por descendentes de escravos – fato que, segundo Bucher², justificaria os sentimentos racistas existentes na elite social da época e que perduram ainda na contemporaneidade.

Assim, embora os vícios elegantes exercessem uma forte influência enquanto atributo das classes favorecidas na Europa, a comunidade negra destacou-se no Brasil como um movimento de contracultura das camadas mais pobres e marginalizadas do povo.

A simples existência do negro africano no Brasil, – escravo ou liberto – bem como de seus descendentes, significaria possuir uma carga estigmatizada de selvageria e depravação. A “inferioridade da raça subjugada” agregada ao elevado potencial de causar degeneração e promiscuidade formavam um cenário antagônico que perigava subverter a “moralidade branca civilizada”. Com isso, a maconha se tornou uma substância cada vez mais indesejada e colocada à margem das elites, enquanto o ópio mantinha sua postura de vício elegante e socialmente admitido.

Pernambuco Filho e Adauto Botelho¹⁰ tratam da questão da substância – até então aparentemente desconhecida – como um vício avassalador capaz de gerar estado de alerta:

“Embora quase desconhecido, existe um vício originário da África e que atualmente invade de um modo assustador o interior do Brasil e já merece atenção dos dirigentes de alguns Estados do Norte. Chama-se a esta toxicomania o vício da diamba” (p.25)¹⁰.

Em consonância, Décio Parreiras¹⁸ – embora tenha se preocupado com a etimologia que envolve o “canabismo”, que em suas palavras associa

“maconhismo” a “plebeísmo” (p.243)¹⁸ – mostra certa discrepância ao mencionar que, no Brasil, o vício é uma “sociose deselegante” (p.246)¹⁸ conhecida nos bairros mais desfavorecidos:

“O canabismo é uma toxicose que se poderia dizer deselegante, em contraposição aos males sociais elegantes de que falam Pedro Pernambuco Filho e Adauto Botelho, quando cuidam da morfomania, da heroínomania, da cocainomania. De fato, essa heterotoxicose é preferencialmente encontrada nas classes menos favorecidas da fortuna. O hábito pelo cânhamo é visto entre os pobres; entre indivíduos de pequena ou nenhuma instrução; - carregadores, marinheiros, decaídas e alguns soldados. A diamba ainda é o ópio dos pobres...” (p.252)¹⁸.

O autor descreve uma série de fatores determinantes e graduais que seriam fonte da degradação dos sujeitos enquadrados nessa condição de “desajustados sociais” e que teria por termo a delinquência:

“Nessa sociose deselegante é frequente o desemprego, e quem ler as observações anteriores verá que os indivíduos sem profissão são em grande número, campeando a malandragem entre eles, vivendo de expedientes e iniciativas mais ou menos indecorosas. A desagregação familiar é a consequência da vida nômade dessa gente; não constituem lar; não possuem casa; vivem ao relento, em baixo das pontes e nas beiras dos cais. Raramente são casados. Raramente têm prole. A inatividade e o desemprego geram, nesses deslocados sociais, o concubinato, as ligações passageiras e a inadaptabilidade ao casamento. A sua capacidade produtiva é pequena; vivem em geral de salário baixo, apelando para o crédito, cada vez menor, mesmo na aquisição de gênero de primeira

necessidade. É acentuado o seu atraso pedagógico; quase todos são analfabetos; os que escapam a essa rubrica são indivíduos de baixo nível de instrução (77,0% - segundo dados de Eleyson Cardoso). Eles são desajustados profissionais; as suas atividades raramente provêm de um prévio ensinamento e regime de seleção e educação ocupacionais. Não têm religião, nem fé; são-lhes indiferentes. Está aí o pária, o ilota, o homem desprezado pelos seus semelhantes e excluído da vida em sociedade, caminhando fatalmente para o último degrau dessa sociose, que é a delinquência” (p.265)¹⁸.

Em outras palavras, a exaltação do belo pelas classes elitizadas preferiu o ópio e enfatizou que a maconha foi usada pelas classes mais desfavorecidas: inicialmente pelos africanos escravizados e, depois, disseminada por traficantes aos sertanejos que pertenciam às classes mais baixas e excluídas da sociedade.

Quando há rupturas no modo de convivência de uma determinada população, a comunidade segregada enfraquece e seus indivíduos passam a assumir uma posição de isolamento frente à ausência de espaço participativo para a perpetuação de sua cultura e identidade. A fim de conservar suas tradições, os africanos trazidos compulsoriamente como escravos mantiveram consigo e transmitiram, entre outras, a cultura da maconha. Contudo, como é possível perceber, ao ser introduzida no Brasil, deparou-se com o julgamento depreciativo sobre o hábito trazido e até então desconhecido, sendo causa de manifesta condenação moral e criminal por não estar sancionadas pelas autoridades médicas ou jurídicas desse período.

Ao longo do século XIX, nota-se que não houve grandes mudanças na realidade social hostil em que foi escrita a história da escravidão no Brasil e nem houve progresso até o século

XXI, quando ainda é notadamente manifesta a arbitrariedade seletiva com a qual o próprio Estado se direciona aos setores mais vulneráveis da sociedade, tentando excluir permanentemente a população deixada à margem por esse mesmo Estado, que preferiu atender ao pânico das elites. Nesse sentido, é interessante trazer a alegoria utilizada por Vera Malaguti Batista¹, sobre a desigualdade:

“A figura da mãe no Brasil se decomporia em duas: a de uma mãe biológica, a cujo corpo não se tem acesso, mas que é socialmente reconhecida, e a de uma mãe preta à qual se tem acesso, mas que não é socialmente reconhecida. Se as amas-de-leite, as mães pretas, e as babás ofereceram seus corpos e seu leite para os filhos da elite, o que teria acontecido com os filhos das amas-de-leite? Estes foram sempre um estorvo, no mundo escravo e no mundo pós-emancipação, povoando as rodas de expostos, vagando pelas cidades, realizando pequenos biscates” (p.65)¹.

A questão do estereótipo está atrelada à supremacia ideológica que emergiu no Brasil com o elo criado a partir da relação dominadores-dominados. Embora o negro escravizado estivesse emancipado para viver dignamente para cumprir com seus deveres e usufruir dos seus direitos como parte do corpo social, a elite branca escravista não deixou de consolidar seus valores remanescentes de superioridade formados a partir de suas concepções higienistas vigentes até os dias de hoje: para o homem branco, o estereótipo médico; para o negro, o criminal. Assim, a reação conservadora cria um inimigo, delimita-o e se mobiliza para destruí-lo.

Stuart Mill¹⁷ refere que o obstáculo ao progresso do indivíduo e da sociedade, é a imposição de um padrão já estabelecido e o não reconhecimento do outro, ou seja, é a supressão da

individualidade, das variações e das experiências de vida próprias de cada pessoa e que, conseqüentemente, culminam em seu estranhamento:

“Assim como é útil que enquanto a humanidade é imperfeita deva haver diferentes opiniões, da mesma forma deve haver diferentes experiências de vida; um livre espaço deve ser dado às variedades de caráter, sem dano a outros; o valor de diferentes modos de vida deve ser provado de forma prática, quando qualquer pessoa ache adequado experimentá-los. É desejável, em suma, que em assuntos que não concernem principalmente aos outros, a individualidade deva se declarar. Onde, não o próprio caráter da pessoa, mas as tradições ou costumes de outras pessoas sejam a regra de conduta, há falta de um dos principais ingredientes da felicidade humana, e bastante do principal ingrediente de progresso individual e sócia” (p.84)¹⁷.

De acordo com Gilberto Velho²⁵, as drogas possuem um significado particular envolto em diferentes culturas e em diferentes sociedades não homogêneas e que, a despeito de diferentes modos de construção da realidade, souberam lidar com elas sem que seu uso significasse um grande tumulto na vida social. Assim, ao contrário do senso comum, não é a natureza das substâncias psicoativas um elemento gerador de criminalidade e violência, mas a proibição, a marginalização e a repressão do uso e do contexto de uso; razão pela qual a pedagogia do terror lança mão de um dos seus melhores artifícios: a demonização da droga. Bucher² propõe a seguinte análise:

“Se o tabaco foi, logo após a descoberta das Américas, chamado de “erva santa”, a maconha, por não conter a “bendita nicotina”, continuava revestida da aura de “erva maldita”, ou, ainda, “erva do diabo”...

(...)

Desde o século passado, no entanto, uma outra designação chama a atenção, aquele do “ópio do pobre”, como se existisse uma relação conatural entre a papoula e a cannabis. Não obstante, o senso popular atribui funções semelhantes aos dois produtos. Ele deve ter suas razões para assim proceder; logo, deve tratar-se de funções antropológicas convergentes, cuja simbólica se trata de compreender, se se quiser entender a presença das drogas na sociedade” (p.92)².

Estigmatização, controle social e criminalização

Como já mencionado, essa manifestação de controle social – de um poder estigmatizador e punitivo das minorias – constrói no imaginário social um pretexto de contenção da violência urbana de categorias sociais específicas, associadas à pobreza, violência e delinquência. Nesse sentido, de acordo com Batista¹:

“O processo de demonização das drogas, a disseminação do medo e da sensação de insegurança diante de um Estado corrupto e ineficaz, vai despolitizando as massas urbanas brasileiras, transformando-as em multidões desesperançadas, turbas linchadoras a esperar e desejar demonstrações de força” (p.35)¹.

A desorganização do Estado de Bem-Estar Social favorece a representação das drogas ilícitas pelos governos e pelos meios de comunicação como “praga apocalíptica”, segundo Escotado⁶, servindo de bode expiatório responsável pela insegurança e violência, razão pela qual deve ser duramente punido o seu comércio ou uso. A normativa jurídica é a expressão máxima dos discursos estigmatizadores construídos em torno da droga, tal qual menciona Rosa Del Olmo⁴. Assim,

“Ao agrupá-las em uma só categoria se pode confundir e separar em proibidas e permitidas quando for conveniente. Ele permite ademais incluir no mesmo discurso não só as características das substâncias, senão também as do ator – consumidor ou traficante –, indivíduo que se converterá no discurso, na expressão concreta e tangível do terror. Uma vez será a vítima e outras o vitimizador. Tudo depende de quem fale. Para o médico, será o “enfermo”, que há de submeter a tratamento para reabilitá-lo; ao juiz, verá nele o “perverso” que se deve castigar como lição. Mas sempre será útil para a manifestação do discurso que permita estabelecer a polaridade entre o bem e o mal – entre Abel e Caim – que o sistema social necessita para criar consenso em torno dos valores e normas que lhe são funcionais para sua conservação. Por sua vez, se desenrolam novas formas de controle social, que ocultam outros problemas muito mais profundos e preocupantes” (p.04)⁴.

A justificativa para a criminalidade sempre se volta contra os setores mais frágeis da sociedade. A despeito de todos os esforços voltados aos estudos, análises e controvérsias sobre a maconha, muitos autores se posicionaram no sentido de desconstruir essa opinião generalizada. Gonzaga¹¹ pontua que a maconha não é habitúgena e nem cria crises de abstinência, sendo que “O que resulta das inúmeras pesquisas realizadas é que a maconha possui toxicidade mais fraca do que o ópio ou a cocaína, por exemplo, e inferior mesmo, sob certos aspectos, até à do álcool” (p.47)¹¹.

O antagonismo em torno da maconha está situado para além da existência e do uso de uma substância psicoativa: a discriminação se volta notadamente às classes desfavorecidas e desamparadas, galgando, então, pelos grilhões dos efeitos negativos do medo e da criminalidade.

Maria Lúcia Karam¹⁵ enfatiza que a racionalidade deve ser prevalente e impositiva de maior tolerância para com as dessemelhanças, uma vez que nem tudo o que se desconhece ou rejeita é necessariamente mau. Ao contrário, tal diversidade deve ser compreendida como um de tantos outros fatos da vida, que requer igualmente harmonia e reciprocidade, de modo que:

“Quando se pretende discutir políticas e atos de governo em um estado Democrático de Direito, há que se resgatar a racionalidade. E a prevalência da racionalidade impõe o afastamento da enganosamente salvadora intervenção do sistema penal, assim afastando uma forma de controle que pouco controla, que, paradoxalmente, estimula o lucro incentivador da produção e distribuição das mercadorias que proíbe, que cria violência e corrupção, que, direta ou indiretamente, torna mais problemático o consumo das substâncias que diz querer evita” (p.252-253)¹⁵.

Portanto, a criminalidade associada ao uso da maconha, além de ser comumente relacionada aos setores mais desprotegidos da sociedade, está inserida no discurso da espiral do entorpecente, onde bastaria que o sujeito se aproximasse da substância para que caísse no vício e no crime. Esta é a premissa que cria os estigmas demonizantes, dissemina o medo e garante poder suficiente para controlar a violência gerada pelo próprio sistema e que recobra sujeição a um controle muito mais forte, valendo-se da resposta mais antiga que a sociedade moderna tem se deparado: a repressiva.

As intervenções indiscriminadas, violentas, desumanas e estigmatizantes, caracterizam os usuários a partir de um sistema que reforça as desigualdades, colocando-os cada vez mais à margem e promovendo uma verdadeira aniquilação humana desses sujeitos. As penalidades legais e o poder da sociedade sobre o indivíduo são responsáveis, em grande parte, pelo fortalecimento

do estigma social, na medida em que impõem a obrigação de adaptá-lo a um modo de vida ideal e que visa o bem-estar social dentro de um padrão pré-constituído. Contudo, reprime o indivíduo enquanto sujeito detentor de sua própria autonomia e que, sucumbido a essas regras de conduta, na maioria das vezes busca ajustar-se à imposição desse modelo estabelecido.

Del Olmo refere que “Os estereótipos servem para organizar e dar sentido ao discurso em termos dos interesses das ideologias dominantes; por ele, no caso das drogas se oculta o político e econômico, dissolvendo-o no psiquiátrico e individual” (p.7)⁴. Desse modo, segundo a autora, a droga se encontra sob o domínio não só da moral e do discurso ético-jurídico, mas também do estereótipo médico-sanitário.

O discurso inflamado de “guerra às drogas” traz significados que se cruzam sob diversas perspectivas históricas. Se, por um lado, refere-se ao aumento do uso de psicoativos devido à desorganização social, bem como ao relaxamento da fiscalização nas zonas de ocupação e de beligerância, por outro, declara uma guerra onde o estado de exceção sempre se volta a um mesmo grupo de referência. O controle é uma das estratégias de um Estado Penal reativo a fim de manter a contenção dos assim considerados “desajustados sociais” através de políticas criminais beligerantes que conduzem seu poder disciplinar estabelecendo interpretações normativas a fim de desenvolver um funcionamento padrão que é responsável por encarcerar amplos setores da população em nome de um discurso moral esquizofrênico e imediatista. Assim, “Uma legislação, cuja finalidade é defender os cidadãos, submete o usuário a condenações que arruinam suas vidas muito mais do que o uso da maconha em si” (p.150)²³. Segundo Mariano Ruiz-Funes²⁴:

“As tensões de crise manifestaram os contrastes permanentes dos interesses e das lutas de classes, que causaram maior incômodo

principalmente às classes possuidoras, que devastaram não só as fronteiras, como também as raízes que agregaram cada homem à sua terra e à sua tradição” (p.268)²⁴.

Winfried Hassemer¹² faz alusão ao ideário construído sobre o Direito Penal como portador de esperança para solucionar grandes incômodos sociais e políticos, com o objetivo de atender ao que chamou de “demanda urgente de ação”, que se pauta nas vedações penais, intervenções e sanções. Refere também que “Suas doutrinas preventivas prometem a recuperação dos criminosos condenados e intimidação dos criminosos potenciais, ou seja, de nós todos” (p.83-84)¹². Pontua, ainda, sobre a crescente judicialização e como esta se desloca desde a criminalização da vida cotidiana à substituição de normas sociais por normas penais:

“Não me volto contra uma modernização do direito penal no sentido de sua adequação a novas morais ou novos perigos. Volto-me contra uma complementação cega de nossos instrumentos de solução de conflitos por meio de medidas penais, somente porque elas são, comparativamente falando, baratas, e no caso individual, atacam agudamente e prometem efetividade em face do problema global. Eu defendo a ponderação e disponibilidade para a crítica. Então restará exemplarmente demonstrado que as medidas penais não servem tão bem para a prevenção do perigo, como nós realmente precisamos, ou que princípios irrenunciáveis do Estado de Direito, como a presunção de inocência ou a proporcionalidade da sanção, impedem uma solução efetiva do problema.

(...)

A pena poderá somente manter vivo o seu sentido, caso o direito penal não se degenerar em uma moldura para todas as soluções

dos problemas. A segurança das normas fundamentais, por meio do debate público e da sanção, precisa de concentração e saliência, ela precisa de seriedade, obrigatoriedade e uma especial fidelidade manifesta aos princípios na ameaça de pena, no processo penal e na execução da pena” (p.96)¹².

A exemplo disso, na década de 1940, alguns autores adeptos do viés sanitarista acreditavam que o uso da maconha estava em vias de “erradicação” e, conseqüentemente, diminuiriam os riscos da tão temida degeneração branca. Alguns trechos denotam essa mesma ideia de desfecho do caso “problemático” da maconha e o possível avanço no combate, sempre com respaldo na medicina e nas leis vigentes à época, como se pode analisar nos recortes realizados a partir de alguns escritos de Cordeiro de Farias⁸:

“Com o controle hoje existente em quase todos os países do mundo, sobre o uso de entorpecentes, nós achamos muito mais aparelhados para fazer frente à disseminação das toxicomanias, do que no após-guerra de 1918 (p.149)⁸.

(...)

O problema do uso da maconha ou diamba, como é conhecida no Brasil a Cannabis Indica – o hashih dos árabes ou marijuana da América Central e dos Estados Unidos, está perfeitamente localizado e em vias de solução satisfatória.

(...) Medidas de repressão contra o uso e cultura da maconha foram tomadas oportunamente, conseguindo as autoridades sanitárias e policiais evitar sua disseminação e sobretudo impedir o comércio clandestino desta planta, que os traficantes começavam a intensificar, transportando-a para os centros onde se encontravam viciados e fumadores de maconha ou marihuan” (p.152)⁸.

Para o autor, as fiscalizações repressivas seriam a solução para interromper o curso de uma marcha que ameaçava corromper o tradicionalismo e a “degeneração da raça” e levariam a termo, portanto, o “flagelo social” protagonizado pela maconha:

“Dispõe atualmente o Brasil de um aparelhamento perfeito de fiscalização do comércio e uso de entorpecentes e de repressão ao seu uso abusivo. Com a experiência de mais de dois decênios de aplicação de uma legislação que tem sofrido modificações à medida que se tornam necessárias, podem hoje as autoridades brasileiras exercer um controle uniforme sobre o uso dos entorpecentes em todo o território nacional. Já conseguimos uma grande vitória, erradicando do nosso país as toxicomanias, que praticamente não existem mais no solo brasileiro, tão insignificantes o número de toxicômanos que de quando em vez surgem, num ou noutro ponto do país e imediatamente submetidos à vigilância e tratamento obrigatório pelas autoridades sanitárias e policiais.

(...)

Preparados como se acham e cientes do incremento da toxicomania que surgirá no após-guerra esperam o Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes, em cooperação com os órgãos de que dispõe em todo território brasileiro, poder enfrentar a avalanche de toxicômanos e os traficantes que tentarão disseminar o vício dos entorpecentes em nossa terra. Basta que cada um de nós continue a cumprir as suas obrigações, fazendo com que sejam respeitados os dispositivos da nossa lei de entorpecentes. As autoridades sanitárias, restringindo o uso de tais substâncias às necessidades estritas, reclamadas pela aplicação clínica, evitarão a formação de viciados pelo uso imoderado de entorpecentes.

As autoridades policiais e aduaneiras, vigilantes contra os traficantes, evitarão o comércio ilícito destas drogas no nosso território. As classes médica e farmacêutica, cômicas das suas responsabilidades, continuarão a nos prestar a sua inestimável cooperação, evitando a generalização do uso de entorpecentes, fator que seria acrescido às causas de degeneração de nossa raça. (...) Só então poderá haver confiança de que finalmente se irá pôr um termo a este flagelo social, que tanto tem cooperado para a degradação da espécie humana” (p.152-153)⁸.

Nesse sentido, Parreiras¹⁸ corrobora e inclusive atribui à maconha uma gênese criminógena, responsabilizando-a pelo cenário carcerário da qual atribui o que chama de “delinquência canábica”, como se pode verificar:

“A delinquência canábica tem características muito próprias e muito especiais. Saibam disso os senhores membros do conselho de jurados e os meritíssimos juízes criminais quando tiverem de julgar, trazendo a circunstância em foco, como derimente ou como agravante. Após conhecer mais de uma centena de depoimentos, quase todos no meio carcerário, estou convicto que o pito de pango é um fator frequente na gênese e no desenvolvimento do crime no Brasil, máxime nas regiões nordestinas. A maconha é, de fato, um fator criminógeno” (p.266)¹⁸.

De acordo com os estudos de Velho²⁶, o uso da maconha no Brasil apresentou uma transformação no uso e no contexto de uso, onde inicialmente foi consumida por negros escravizados, bem como por seus descendentes e pelas camadas populares de diversas regiões do país, sendo, posteriormente, disseminado nos setores médios e nas elites a partir da década de 1960 com a difusão da contracultura, que rejeitava os modos de

vida tradicionais. Com isso, criou-se uma situação nova que se apresentava como uma ameaça de mudança em torno das pessoas próximas de um mesmo segmento social, como no caso das camadas médias e altas da sociedade.

O cenário atual demonstra que, mesmo após décadas, a resposta repressiva não foi a melhor solução e que a beligerância do Estado se volta não contra as drogas em si, mas contra uma parcela muito específica da população, refletindo uma interpretação histórica arbitrária que se abate sobre a pobreza, sobre a população negra e periférica das grandes metrópoles brasileiras, o que ameaça e fomenta situações de extrema violência e vulnerabilidade.

Sabe-se, por exemplo, que a população negra é a maior vítima da violência dos agentes do Estado – que, por sua vez, deveria protegê-la e garantir-lhe direitos, violando princípios constitucionais. A prática de racismo é crime imprescritível previsto pela Constituição da República Federativa do Brasil, em seu artigo 5º, XLII¹⁹:

“Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

(...)XLII. a prática do racismo constitui crime inafiançável e imprescritível, sujeito à pena de reclusão, nos termos da lei”¹⁹.

Corrobora a Lei nº 7.716 de 1989²⁰, que define os crimes resultantes de preconceitos de raça ou de cor e prevê a consequência da perda de cargo ou função quando praticados por agentes do Estado:

“Artigo 1

Serão punidos, na forma desta lei, os crimes resultantes de discriminação ou preconceito de raça, cor, etnia, religião ou procedência nacional”²⁰.

Artigo 16

Constitui efeito da condenação a perda do cargo ou função pública, para o servidor público”²⁰.

A Lei nº 12.288 de 2010²² também traz à luz o Estatuto da Igualdade Racial, que assegura a defesa dos direitos étnicos individuais e coletivos e o combate da intolerância étnica:

“Artigo 1º.

Esta Lei institui o Estatuto da Igualdade Racial, destinado a garantir à população negra a efetivação da igualdade de oportunidades, a defesa dos direitos étnicos individuais, coletivos e difusos e o combate à discriminação e às demais formas de intolerância étnica.

Parágrafo único: Para efeito deste Estatuto, considera-se:

I – discriminação racial ou étnico-racial: toda distinção, exclusão, restrição ou preferência baseada em raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica que tenha por objeto anular ou restringir o conhecimento, gozo ou exercício, em igualdade de condições, de direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural ou em qualquer outro campo da vida pública ou privada;

(...)

Artigo 10.

Para o cumprimento do disposto no art. 9º, os governos federal, estaduais, distrital e municipais adotarão as seguintes providências:

(...)

IV. implementação de políticas públicas para o fortalecimento da juventude negra brasileira.

Artigo 51.

O poder público federal instituirá, na forma da lei e no âmbito dos Poderes Legislativo e Executivo, Ouvidorias Permanentes em Defesa da Igualdade Racial, para receber e encaminhar denúncias de preconceito e discriminação com base em etnia ou cor e acompanhar a implementação de medidas para a promoção da igualdade.

Artigo 52.

É assegurado às vítimas de discriminação étnica o acesso aos órgãos de Ouvidoria Permanente, à Defensoria Pública, ao Ministério Público e ao Poder Judiciário, em todas as suas instâncias, para a garantia do cumprimento de seus direitos.

(...)

Artigo 53.

O estado adotará medidas especiais para coibir a violência policial incidente sobre a população negra.

Parágrafo único: O Estado implementará ações de ressocialização e proteção da juventude negra em conflito com a lei e exposta a experiências de exclusão social.

Artigo 54.

O estado adotará medidas para coibir atos de discriminação e preconceito praticados por servidores públicos em detrimento da população negra, observado, no que couber, o disposto na Lei 7.716 de 5 de janeiro de 1989”²².

Verifica-se, portanto, que apesar de toda a poética legislativa – inclusive, com a garantia de políticas públicas – sobre as vulnerabilidades da população negra sujeitas à arbitrariedade do Estado e à truculência das polícias, ainda assim, é possível constatar na prática que “A justiça se converte em instrumento para o controle diferencial das ilegalidades populares” (p.51)¹.

Ruiz-Funes²⁴, ressalta que “A criminologia da guerra não consiste só em que produz fatos delituosos, senão em que cultiva e favorece disposições criminais, ou cria-as” (p.38)²⁴.

O colapso do modelo proibicionista

O colapso do proibicionismo torna rentável o mercado clandestino que arrebanha frações de pessoas deixadas à margem, onde a maior serventia do tráfico não é a do traficante varejista – que é o mais aparente e punido nas malhas do sistema penal –, mas da estratégia econômica e financeira formada a partir da lavagem de capitais realizada pela elite dos “grandes empresários da droga”, que arregimentam o pequeno tráfico e permanecem impunes, usufruindo dos frutos colhidos do encargo dos sobreviventes daquilo que Anthony Henman chamou de “guerra etnocida” (p.91)¹³.

Assim, o baixo tráfico parece ínfimo se compreendido enquanto estratégia de sobrevivência, já que os setores mais vulneráveis da sociedade são as principais vítimas da criminalidade e da violência gerada não pelo baixo tráfico, mas pela ação das polícias militarizadas, que são o olho criminoso da arbitrariedade do Estado e que lançam mão da sua pedagogia do terror para atuar nas linhas de frente contra as “rodinhas de consumidores” e contra aqueles que determinem ser traficantes. Para Ruiz-Funes²⁴:

“Devemo-nos referir ao desalento que acompanha o regresso das frentes de combate, que é um ativo fator criminógeno. Os que voltam, trazem uma mentalidade bélica e não-de efetuar um ajuste social, cujas dificuldades engendram esse forte desalento; o seu fracasso se traduz em toda sorte de condutas de oposição, uma das quais é o delito” (p.156)²⁴.

De acordo com o artigo 5º, XLIV, da Constituição¹⁹, é crime a ação de grupos armados, não

só de civis, mas também de militares, que atendem contra o Estado Democrático de Direito:

“Artigo 5º.

XLIV. Constitui crime inafiançável e imprescritível a ação de grupos armados, civis ou militares, contra a ordem constitucional e o Estado Democrático de Direito”¹⁹.

Sob tal perspectiva, Hassemer¹² refere que no conceito de “ordem” aplicado pelas polícias, não estão subentendidos os “pressupostos dos direitos fundamentais”, que implicam o reconhecimento do outro ou do senso comum: tal como ocorreria sob a égide de uma ordem libertária:

“A polícia precisa desses pressupostos no Estado de Direito como precisa do ar para respirar, sem esses pressupostos a polícia não pode dar dois passos, ou caso contrário, ela abre caminho pela força. Esses pressupostos não podem, porém, ser produzidos com meios policiais. Concretamente: a polícia não está em condições de transformar uma “sociedade de cotovelos” em uma sociedade de indivíduos atenciosos. Ela não está em condições de substituir ou de apoiar normas sociais em atrofia, bem como normas legais por meio de medidas policiais.

(...)

Ela não pode conduzir esse processo, mas somente o incomodar, enquanto ela proceda eventualmente a uma tentativa, por meio de suas medidas, de criar os pressupostos da liberdade e de obrigar ao senso comum” (p 180)¹².

O Estado reativo, ao instalar suas políticas criminais beligerantes, eleva os psicoativos a um plano normativo de controle a fim de legitimar a intervenção penal. Logo, a resposta repressiva se apresenta anacrônica quando a sociedade é considerada no seu conjunto, uma vez que nenhuma espécie de proibição ou repressão, no decorrer

dos séculos, se mostrou capaz de impedir que os psicoativos fossem utilizados e, menos ainda, que deixassem de alcançar seus destinatários finais. Para tanto, o autor reporta a necessidade de uma polícia disposta a se “integrar para baixo” (p.185)¹², ou seja, capaz de estabelecer na ponta, o acolhimento e a participação dos cidadãos. Compreender e reconhecer a questão “do outro” significa atuar na defesa da vigência e da ampliação dos direitos humanos.

A Constituição¹⁹ dispõe, em cláusulas pétreas, que a dignidade da pessoa humana é fundamento do Estado Democrático de Direito. Seu artigo 1º assim descreve:

“Artigo 1º:

A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

(...)

III. a dignidade da pessoa humana”²⁰.

O artigo 34 do mesmo dispositivo legal corrobora e somente admite intervenções – e em caráter de exceção - se com a finalidade de assegurar a observância dos princípios fundamentais:

“Artigo 34.

A União não intervirá nos Estados nem no Distrito Federal, exceto para:

(...)

VII. Assegurar a observância dos seguintes princípios constitucionais:

(...)

b) direitos da pessoa humana”¹⁹.

Consequentemente, entre os direitos fundamentais, estão incorporados o direito à vida, à liberdade, à igualdade e à segurança, direitos que estão sujeitos, portanto, à não inviolabilidade, assim como a garanti à intimidade e à vida privada, como destaca a Constituição¹⁹:

“Artigo 5º.

Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

(...)

X. São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”¹⁹.

Evidente, não raras vezes, a função punitiva, ao ignorar o princípio da intervenção mínima, extravasa de seus justos limites, culminando em um “panpenalismo” do Estado, que demonstra mais manifestações de força do que obras de justiça, transformando sujeitos em verdadeiros arautos de suas próprias condenações. O Estado de Bem-Estar Social foi substituído pelo Estado de controle, embora o desarrimo dos princípios de um Estado garantidor não suste a circulação das drogas, mas cria um sistema punitivo desproporcional vertical, que advém de uma lógica punitiva e moralista que não reduz a demanda e oferta, mas incita o modelo bélico, afronta os direitos fundamentais e insulta a dignidade da pessoa humana, que recai, na maior parte das vezes, sobre as populações mais vulneráveis.

Por isso, o modelo proibicionista comprova, empiricamente, que o arquétipo de controle penal, que visa à resolução imediata das demandas sociais no que tange à oferta e demanda de drogas denuncia a falência do próprio sistema penal. O Estado e a sociedade consentem no sentido de que não se deve ter prazer naquilo que é por eles considerado inconveniente ou imoral e, então, tomam a iniciativa do controle dos outros, impondo-se à sua autodeterminação em favor do que consideram ser condição desejável à natureza

humana e indicando o padrão a ser seguido sem questionamentos por todos.

Novas substâncias surgem no mercado paralelo cotidianamente e, quando o Estado se coloca no encaixe de cada uma dessas eclosões hodiernas, assinala sua incompetência para lidar com a questão, visto que elas sempre alcançarão sua finalidade. A parte disso é de conhecimento público as experiências internacionais bem-sucedidas no âmbito das inovações legislativas sobre políticas de drogas – onde os resultados têm se apresentado mais eficientes com o não proibicionismo em países como Holanda, Portugal, Finlândia, Espanha, Estados Unidos, e, mais recentemente, no Uruguai – e a disparidade do fracasso retumbante que tem refletido a repressiva política de “guerra às drogas” do Brasil.

A Lei nº 11.343 de 2006²¹, que trata de políticas de drogas, é carregada de lacunas e de “normas penais em branco”, como se pode depreender na descrição em que droga é definida como qualquer substância capaz de causar dependência, assim compreendidas, aquelas elencadas nas “listas do Poder Executivo da União”. No entanto, muitas outras substâncias que se enquadram na condição de provocar dependência são comercializadas livre e legalmente.

Além disso, é evidente que não deve estar a cargo das polícias a definição de quem deve ser considerado “dependente” ou “traficante”, dado os contextos e circunstâncias, embora o artigo 28 da mesma lei²¹ – que descriminaliza o uso de drogas não determine a quantidade para atestar uso ou tráfico, deixando ao arbítrio das polícias e do juiz a deliberação dessa qualificação segundo a “quantidade apreendida”, o “local e às condições em que se desenvolveu a ação”, “às circunstâncias sociais e pessoais” e, por fim, à “conduta e os antecedentes do agente”. No caso da prisão em flagrante que trata o artigo 50, o laudo de constatação da “natureza e quantidade

da droga”, de acordo com o parágrafo 1º, pode ser firmado por perito ou por “pessoa idônea” – definição ainda mais tendenciosa, pois dispensa conhecimento técnico. Assim,

“Artigo 28.

Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer 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.*

§ 1º. Às mesmas medidas submete-se quem, para seu consumo pessoal, semeia, cultiva ou colhe plantas destinadas à preparação de pequena quantidade de substância ou produto capaz de causar dependência física ou psíquica.

§ 2º. Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente²².

(...)

Artigo 50.

Ocorrendo prisão em flagrante, a autoridade de polícia judiciária fará, imediatamente, comunicação ao juiz competente, remetendo-lhe cópia do auto lavrado, do qual será dada vista ao órgão do Ministério Público, em 24 (vinte e quatro) horas.

§1. Para efeito da lavratura do auto de prisão em flagrante e estabelecimento da materialidade do delito, é suficiente o laudo de constatação da natureza e quantidade da droga, firmado por perito oficial ou, na falta deste, por pessoa idônea²¹.

No Brasil, as discussões sobre políticas de drogas têm avançado consideravelmente nos últimos anos, não só pelas mobilizações antiproibicionistas em favor do uso e do cultivo para uso próprio e recreativo da maconha, como também pelas comprovações científicas que têm vislumbrado nessa substância vastas possibilidades terapêuticas – outra situação recorrente que enfrenta, ainda, inclusive por parte do Estado. Para Hassemer¹²:

“O Estado é aquele que tanto distribui esperança como também o terror; ele se aproxima e pune e o seu poderio deve ser quebrado, devendo ser transformado, por meio da lei que também o domina, em serviço da liberdade dos cidadãos” (p.169-170)¹².

Ao final dos anos 1990, a luta contra a proibição de drogas começou a ganhar força no cenário internacional, com a *“Million Marijuana March”* e com a *“Global Marijuana March”*, a princípio, em Nova York, e, aos poucos, aderida por várias cidades ao redor do mundo. A *“Marcha da Maconha”* – como ficou conhecida no Brasil – surgiu com o intuito de pleitear mudanças legislativas a fim de que houvesse novas políticas públicas que regulamentassem o comércio, o cultivo e o uso da maconha para fins recreativos, medicinais ou industriais. Inicialmente, manifestações e marchas com essa finalidade foram objeto de dura repressão. A primeira, ocorrida em 2008, foi durante três anos proibida sob o pretexto de que seria apologia ao crime e à formação de quadrilha; contudo, não só não deixou de acontecer, como também atraiu a cada ano um maior número de ativistas.

Somente em 2011, a *“Marcha”* teve o aval do Supremo Tribunal Federal, porém, neste mesmo ano, a manifestação realizada na cidade de São Paulo foi marcada por forte truculência policial, levando alguns ativistas à prisão. Atualmente, a Marcha da Maconha ocorre pacificamente, sem impedimentos e sem a repressão do consumo. A

liberdade de expressão, constitucionalmente consagrada, é utilizada, em seu fundamento constitutivo de Estado Democrático de Direito e não apenas como um Estado de Direito. Nesse sentido, confirma a referência de Winfried Hassemer¹², de que “o poder repressivo estatal deve ser conduzido “com o mais profundo respeito possível ante os seres humanos e à sua liberdade” (p.156).

A maconha é a representação evidente da guerra que a proibição declara a todas as drogas. É o bode expiatório, o pretexto de um Estado de exceção permanente que se perpetua e se legitima no enalço das verdadeiras vítimas do alto tráfico e de um sistema econômico corrupto e recessivo.

Considerações finais

Apesar de muitas sociedades terem reafirmado sua identidade cultural atravessando experiências com alguma substância psicoativa, no avançar da civilização houve o fortalecimento dos estigmas sociais que permearam as esferas sagradas ou prazerosas da vida humana, limitando a soberania do indivíduo sobre si mesmo ao sujeitá-lo à autoridade social da qual era parte integrante. Todavia, nenhuma droga, no decorrer da história, desapareceu ou deixou de ser consumida em decorrência de sua proibição, tampouco deixou de alcançar seu destinatário final.

A cultura da maconha foi introduzida no Brasil pelos africanos trazidos como escravos. Ao se deparar com o julgamento depreciativo sobre tal hábito recreativo não padronizado na época, recaiu sobre eles manifesta condenação moralista sobre essa substância que, apesar de pouco conhecida, foi demonizada.

A presença da maconha na sociedade brasileira, desde então, não foi caracterizada pela relatividade cultural, nem mesmo por possuir uma carga de diferenças geográficas, históricas e antropológicas pertencentes a um costume de uso

milénar africano. Pelo contrário, diferentemente do ópio que era difundido como substância de “boa-fé” pela elite branca escravista, a maconha foi protagonista de um “flagelo social” ao ser associada às classes escravizadas consideradas degeneradas e violentas. Assim, a maconha se tornou uma substância que suscitou o pânico das classes elitizadas da época, sendo cada vez mais indesejada e marginalizada, enquanto o ópio mantinha sua postura de vício elegante socialmente aceito.

A forma de como se reproduziu, no negro, a “mácula” da “erva maravilhosa”, se expandiu entre as minorias sociais, tornando-se um símbolo marginal característico dos descendentes de escravos, mas também das demais populações excluídas. Em outras palavras, a exaltação do belo conferida ao ópio pelas classes elitizadas, enfatizando a maconha como demoníaca, já que tem uso que provém de escravos africanos e, depois, disseminado entre os sertanejos e prostitutas dos cais, setores esses pertencentes a classes mais baixas e excluídas da sociedade.

Somente na década de 1960, com os movimentos de contracultura que rejeitavam os modos de vida tradicionais, a maconha fomentou enquanto ameaçava a uma temível mudança, ou seja, começou a fazer parte de um contexto completamente novo pânico nas elites brasileiras – agora por outro motivo que não o de outrora: não estava sendo repelida, mas sim, absorvida pelos seus entes.

Porém, a construção ideológica do final do século XIX nunca esteve tão em voga no século XXI: ela reformulou e impôs a intervenção de um Estado reativo beligerante e genocida, capaz de encurrular nas trincheiras os setores desfavorecidos da população, passando a persegui-los na favela, e não mais na senzala, pelo mesmo uso e venda de maconha.

A mola propulsora da pedagogia do terror da qual lança mão o Estado é a bandeira do

proibicionismo, que afeta as parcelas mais vulneráveis da sociedade, as principais vítimas da criminalidade e da violência gerada não pelo baixo tráfico, mas pela ação criminosa e arbitrária desse mesmo Estado repressor em sua luta contra os usuários e contra o tráfico varejista.

O colapso do proibicionismo torna rentável o mercado clandestino onde a maior serventia do tráfico não é a do pequeno traficante – que é punido nas malhas do sistema penal –, mas da estratégia econômica ilegal realizada pela classe dos “grandes empresários da droga”, que arrematam o pequeno tráfico e permanecem impunes, usufruindo dos frutos colhidos do encargo dos sobreviventes de uma guerra diária e tendente a alvejar principalmente a população negra e pobre das periferias das grandes cidades.

O Estado hegemônico, portanto, se substancia nos crimes que diz combater quando declara um estado de exceção permanente, que se excede em legalismos e despreza a democracia, suprimindo direitos a fim de impor obediência a qualquer custo. Contudo, reconhecer a competência do Estado para interferir na esfera individual é submeter-se à esfera de influência que transfere ao Estado o direito de decidir.

Não é razoável que o Estado do Bem-Estar Social seja substituído pelo Estado de controle, onde as normas sociais são sucumbidas pelas normas penais, culminando na criminalização de condutas normais da vida cotidiana, por não idealizar para além do proibicionismo.

Novas “drogas” surgem no mercado paralelo cotidianamente e, quando o Estado se coloca no encaço de cada uma dessas eclosões hodiernas, retrocede a um *modus operandi* rudimentar e selvagem de deliberar com hipocrisia sobre uma realidade de busca constante e universal, que resiste a séculos e que por proibição alguma, ontem ou hoje, deixou ou deixará de simplesmente ser.

Referências

1. Batista VM. Dífceis ganhos fáceis: drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro. Ed. 2. Rio de Janeiro: Revan; 2003.
2. Bucher R. Drogas e drogadição no Brasil. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
3. Commelin P. Mitología grega e romana. Ed. 2. São Paulo: Martins Fontes; 2000.
4. Del Olmo R. La cara oculta de la droga. Santa Fé de Bogotá: Têmis; 1998.
5. Escohotado A. A proibição: princípios e consequências. In: Ribeiro MM, Seibel SD (organizadores). Drogas: a hegemonia do cinismo. São Paulo: Fundação Memorial da América Latina, 1997.
6. Escohotado A. Historia elemental de las drogas. Ed. 6. Barcelona: Anagrama; 2014.
7. Escohotado A. La cuestión del cáñamo: una propuesta constructiva sobre hachís y marihuana. 2 ed.. Barcelona: Anagrama; 1998.
8. Farias CR. As toxicomanias de após-guerra. In: Maconha: coletânea de trabalhos brasileiros. 2 ed. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Educação Sanitária; 1958.
9. Filho P, Botelho A. Vícios sociaes elegantes. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves; 1937.
10. Filho P, Botelho A. Vício da diamba. In: Maconha: coletânea de trabalhos brasileiros. Ed. 2. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Educação Sanitária; 1958.
11. Gonzaga JB. Entorpecentes: aspectos criminológicos e jurídico-penais. São Paulo: Max Limonad; 1963.
12. Hassemer W. Direito penal libertário. Belo Horizonte: Del Rey; 2007.
13. Henman AR. A guerra às drogas é uma guerra etnocida. In: Henman AR, Júnior OP (organizadores). Diamba sarabamba. São Paulo: Ground; 1986.
14. Huxley A. As portas da percepção: o céu e o inferno. Ed. 4. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1965.
15. Karam ML. Drogas, o processo legislativo. In: Ribeiro MM, Seibel SD (organizadores). Drogas: a hegemonia do cinismo. São Paulo: Fundação Memorial da América Latina; 1997.
16. Kerr RW. Herbalismo – o uso das ervas através dos tempos. Biblioteca Rosacruz, vol. 34. Rio de Janeiro: Renes; 1982.
17. Mill S. Ensaio sobre a liberdade. São Paulo: Escala; 2006.
18. Parreiras D. Canabismo ou maconhismo. In: Maconha: coletânea de trabalhos brasileiros. 2 Ed. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Educação Sanitária; 1958.
19. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Institui o Estado Democrático de Direito. Brasília: Casa Civil da Presidência da República; 05 out. 1988. [acesso em: 01 dez. 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao compilado.htm.
20. Brasil. Lei nº 7.716. Define os crimes resultantes do preconceito de raça ou de cor. Brasília: Casa Civil da Presidência da República; 05 jan. 1989. [acesso em: 01 dez. 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7716.htm.
21. Brasil. Lei nº 11.343. 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. Brasília: Casa Civil da Presidência da República; 23 ago. 2006. [acesso em: 01 dez. 2016] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm.
22. Brasil. Lei nº 12.288. Institui o Estatuto da Igualdade Racial. Brasília: Casa Civil da Presidência da República; 20 jul. 2010. [acesso em: 01 dez. 2016] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm
23. Pessoa Júnior O. A liberação da maconha no Brasil. In: Henman AR, Pessoa Júnior O (org organizadores). Diamba sarabamba. São Paulo: Ground; 1986.
24. Ruiz-Funes M. Criminologia de guerra. São Paulo: Edição Saraiva; 1950.
25. Velho G. Drogas, níveis de realidade e diversidade cultural. In: Ribeiro MM, Seibel SD (orgs). Drogas: a hegemonia do cinismo. São Paulo: Fundação Memorial da América Latina; 1997.
26. Velho G. A dimensão cultural e política dos mundos das drogas. In: Alba Z (organizadora). Drogas e cidadania. São Paulo: Brasiliense; 1994.

Choque de ordens: drogas, dinheiro e regimes normativos em São Paulo

Clash of orders: drugs, money and normative regimes in Sao Paulo, Brazil

Gabriel de Santis Feltran¹

Resumo

Este artigo tematiza a ordem urbana em São Paulo a partir de uma perspectiva etnográfica, privilegiando a operação *cotidiana* dos mercados ilegais de drogas. Argumento que a dimensão *monetária* inscrita na questão das drogas tem sido obscurecida em prol de sua tematização como problema moral e em termos religiosos. O resultado é funcional à construção contemporânea do conflito urbano como *guerra*, o que radicaliza a alteridade entre recortes da população: a cidade teria *inimigos internos* a combater e a droga os alimentaria (ainda que o dinheiro que se produza em suas trocas seja bem-vindo). A radicalidade dessa construção contemporânea, em São Paulo, é explorada a partir de situação etnográfica envolvendo uma criança, que aos 7 anos de idade já figura entre os “inimigos da ordem”.

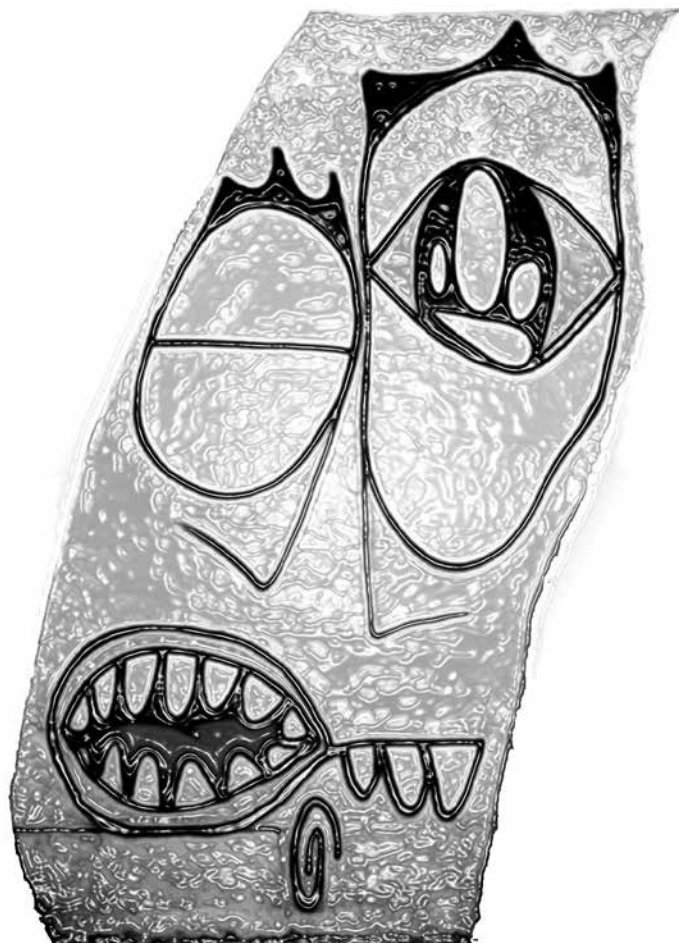
Palavras-chave: Drogas; Mercado ilegal; Marginalização.

Abstract

This article discusses the urban order in São Paulo from an ethnographic perspective, that highlights the everyday operation of illegal drug markets. I argue that the monetary dimension inscribed in the question of drugs has been obscured in favor of its thematization as a moral problem and in religious terms. The result is functional to the contemporary construction of the urban conflict as war, which radicalizes the alterity between groups: the city would have internal enemies to fight against and the drug would feed them (although the money that takes place in its exchanges is welcome). The radicality of this contemporary construction, in São Paulo, is explored from an ethnographic situation involving a child, who at 7 years of age is among the “enemies of the order”.

Keywords: Drugs; Illegal market; Marginalization.

¹ Gabriel de Santis Feltran (gabriel feltran@gmail.com) é Doutor em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas, Professor do Departamento de Sociologia da Universidade Federal de São Carlos e Coordenador Científico do Centro de Estudos da Metrópole (CEM) ligado a Faculdade Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo e ao Centro Brasileiro de Análise e Planejamento.



Introdução

O artigo explora uma situação na qual “meninos de rua”¹¹ e entregadores de panfletos disputam sua permanência no Largo dos Jasmims, local de comércio intenso, ao lado de uma estação de metrô e de um terminal de ônibus, em área abastada do quadrante sudoeste da metrópole da cidade de São Paulo. A disputa pelo território é viril e eles se confrontam à força – ameaças de lado a lado, pauladas, idas e vindas. A cena, entretanto, não chega a ser notada por muita gente que passa rápido pelo

Largo. A polícia aparece, entretanto, retomando a situação. Faz os meninos sumirem e a ordem se reestabelecer. Essa é a situação empírica que, desdobrando-se neste artigo, enseja uma análise sobre drogas, dinheiro e ordem urbana.

Conversando com os atores inscritos no cenário descrito, encontram-se justificativas diferentes: comerciantes do Largo, apoiando os entregadores de panfleto, dizem que os meninos de rua são “trombadinhas”, têm roubado os passantes, teriam batido em uma senhora, usam e vendem droga. Do outro lado, os meninos dizem que os entregadores de panfleto são “vermes”, que ameaçaram incendiá-los enquanto dormiam, os agrediram, e “correm com polícia”: “chamam polícia pra nós toda hora, fi!”. Os panfletos, ainda mais grave, seriam “coisa do diabo” (oferecem serviços de búzios, tarô, trabalhos para amarração de

¹¹ Ao longo do texto, destaco expressões de uso corrente em campo, com intenção descritiva, ou ênfases do texto, com intenção analítica. Entre aspas estão conceitos também usuais em campo, mas nem sempre compreensíveis para o leitor não especialista, como “crime”, “disciplina”, etc. Todos os nomes próprios de lugares, ruas, personagens e instituições, no corpo do texto, são fictícios, de modo a preservar os interlocutores de campo.

amor)^{III}. Os dois lados querem ordem e querem tranquilidade. Os critérios de tal ordem, entretanto, são díspares. Mais precisamente, vamos nos dedicar a compreender esse choque de ordens normativas, ambas inscrevendo mundos urbanos em busca de justiça.

Não me dedicarei aos eventos espetaculares da violência criminal ou policial – em São Paulo, policiais já chegaram a matar 493 pessoas em uma única semana, depois de terem 45 colegas mortos em uma noite^{IV}. Concentrarei minha atenção à rotina de eventos que, acumulando-se socialmente ao longo dos dias, meses, anos, décadas, e objetivando a plausibilidade da guerra, possibilitam que erupções como essa sejam frequentes. A aposta é que, a partir dessa situação empírica, de suas linhas de força, a análise possa ser útil para pensar outras situações de conflito e ordenamento urbano em São Paulo, talvez em outras cidades brasileiras. Para isso, seguramente é preciso falar sobre dinheiro: os meninos negros na praça, entre muitas outras coisas que fazem, também operam um posto avançado de uma “biqueira”, um ponto de venda de drogas: eles trabalham em um mercado ilegal e fazem dinheiro circular; assim, produzem valor^{3,23,31,32,36,37}. A capilaridade da distribuição que permitem e essa circulação monetária interessam a essa análise. Os entregadores de panfleto que os achacam, vestidos com placas que anunciam serviços esotéricos, são também “funcionários”, negros, de um casal de jovens empresários do ramo da leitura de sorte, brancos. O conflito entre eles, justificado em termos morais dos dois lados – e isso já seria motivo suficiente para guerrear – oculta ainda uma disputa pelo ponto comercial do Largo dos Jasmins³⁷,

altamente lucrativo frente às outras possibilidades de obtenção de renda desses sujeitos. A disputa, violenta, se faz no plano dos operadores mais baixos desses mercados. Entre os que percebem menos claramente sua dimensão, transnacional.

A bibliografia recente sobre as marginalidades urbanas dedicou-se intensamente às esferas morais e políticas do conflito urbano, do crime e da violência no Brasil contemporâneo^V. Avançamos muito nessa compreensão, a partir de um giro descritivo iniciado há mais de uma década, que escapava tanto às análises normativas da política, quanto ao economicismo próprio da tradição marxista latinoamericana^{18,55}. Hora de retomar esses avanços, mas inscrevendo agora com mais centralidade a dimensão monetária da regulação moral, política e violenta dos mercados formais, informais e ilícitos nos quais os grupos estudados se inscrevem, pois, fala-se muito em dinheiro nas margens da cidade^{VI}.

Tenho como pressuposto que o dispositivo das drogas²⁴ e, especialmente, o obscurecimento cotidiano da dimensão monetária desse dispositivo, é central para a construção da ordem urbana nos termos de uma *guerra* moral. Guerra travada no plano dos valores, essencializados em sujeitos^{18,40,43}, que justificaria a ação objetiva das forças da ordem. Guerra justa^{VII}, entendida como moral porque erigida contra sujeitos – pessoas de carne e osso, classe, gênero, raça, sexo

^V Especialmente sobre a dimensão propriamente política de organização do “crime”, em especial do Primeiro Comando da Capital (PCC) em São Paulo, como em Hirata³⁶, Feltran^{16, 17}, Mallart⁴¹, Dias¹⁴, Biondi⁴, Biondi e Marques⁵; Malvasi⁴², Padovani⁴⁷. Em outros estados brasileiros o caminho foi similar: Dassi¹² e Vieira⁵⁸, em Florianópolis; Lyra³⁹ e Grillo³¹ no Rio de Janeiro; Sá⁴⁹ em Fortaleza; Costa&Oliveira¹¹, em Corumbá; Schuch⁵⁰ em Porto Alegre, entre outros. Machado da Silva⁴⁰ e Misse⁴⁴ talvez tenham sido os sociólogos que mais precisamente demarcaram as conexões analíticas e teóricas entre economia e política, nos mercados ilegais.

^{VI} Dos Racionais MC's: “em São Paulo, Deus é uma nota de cem” ou “Vida loka original, dos barraco de pau/ Percebeu que o vil metal só não quer quem morreu”, ao MC Guimê “contando os plaquê de 100, dentro de um Citroën”.

^{VII} Como tal, o lugar da religião em sua explicação é central, em ambos os lados. As noções de guerra justa e pacificação, religiosamente concebidas e politicamente implementadas, muito presentes no cotidiano das políticas de segurança contemporâneas, têm lastro histórico secular: ver Gomide³⁴ ou Pacheco de Oliveira⁴⁶.

^{III} O cenário brasileiro popular é, como se sabe, de expansão do léxico neopentecostal muito capilar no cotidiano de grupos marginalizados. Sobre a agência do *diabo* e a expansão pentecostal ver Almeida², Birman&Machado⁶, Côrtes⁹, Marques⁴⁵, Fromm²⁷.

^{IV} Durante os episódios conhecidos como ‘Crimes de Maio’, em maio de 2006. Ver Adorno&Salla¹ e Feltran¹⁷.

e idade definidos – que se identificariam com o ‘crime’, com a marginalidade, e que partilhariam os vícios nocivos à boa sociedade.

Argumento aqui que essa guerra moral, embora justificada em si mesma, não dispensa, entretanto, o dinheiro que se produz na venda de drogas. Ao contrário, ao fazer a guerra contra os operadores baixos dos mercados ilegais, busca-se fomentar os mercados que os empregam e se apropriar do valor que produzem. Do outro lado, os grandes operadores de mercados ilegais igualmente fazem sua guerra ao sistema considerando, também – embora longe de ser somente isso – os lucros que ela pode oferecer. Quando se figura a guerra como fator que justifica o esforço de ordenar a cidade, há discursos e contra-discursos morais produzidos dos dois lados do confronto, mas há também dinheiro a ser disputado. Interessa-me, há algum tempo, especificamente a expansão de contra-discursos marginais^{20,25,35} paralelo à intensificação da circulação monetária nas quebradas de São Paulo.

Descrição

Esse artigo se organiza em três momentos narrativos, descritos com a maior densidade possível: 1) a cena etnográfica, contexto no qual se desenrola o conflito a ser estudado; 2) os personagens desse conflito, com centralidade para Pingo, que com seus colegas figura o avesso da ordem hegemônica, mas se inscrevem em outra ordem valorativa; 3) os regimes normativos dessas ordens, desses mundos sensíveis em guerra. Ao final, delinea-se o argumento de inferência: esse choque de ordens, na forma como se figura, têm sido funcional à circulação monetária nos mercados legais e, portanto, à consolidação da ordem urbana hegemônica.

A cena:

Muitos passam rápido: uma senhora negra de óculos escuros, uma japonesa chupando um

picolé de fruta, a estudante com o ombro tatuado, um homem de terno cinza falando ao celular. Vejo centenas de outros passantes, a pé ou nos muitos carros parados no farol, também em motocicletas. Refaço a conta: são certamente milhares de transeuntes à vista, para quem observa o Largo dos Jasmins, em São Paulo, logo após o horário de almoço, em um dia de semana. O Largo tem uma estação do Metrô, conexão entre duas grandes linhas, e um Terminal de Ônibus. Nas calçadas, também por isso, o comércio informal é pujante. A despeito da crise econômica, o movimento é intenso. Negócios, tempo livre, estudo, trabalho. Muitos passam pelo Largo e, portanto, ali se fixa uma centralidade urbana²⁹. A circulação de algo – pessoas – implica a fixação de uma outra coisa: negócios^{viii}.

O cheiro de urina seca pelo sol vai e vem com o vento, conforme a tarde passa. É notável para quem se senta por ali para ver a vida, fazer trabalho de campo. Um pino de cocaína vazio enfeita o jardim onde estou, como tantos outros dejetos – papelões, embalagens velhas, garrafas plásticas usadas que se acumulam, sem excesso, nos canteiros e sarjetas. Muitas latas de alumínio já foram dali recolhidas por uma senhora que frequenta o lugar há mais de uma década. Onde há dinheiro circulando, há os que ganham, os que perdem, os que gastam demais e os que vivem gastando o que ganham das sobras dos primeiros, reproduzindo ciclos de trocas monetárias em diferentes escalas. Essa dinâmica já foi lida como integradora de uma única esfera de circulação de capital, enfatizando o dinheiro

viii A percepção de fixação e circulação, portanto, depende das séries teleológicas da ação a considerar, em cada situação analisada. A referência teórica é, aqui, calcada na sociologia formal de Georg Simmel. Sobre o dinheiro, por exemplo, é notável como estabilidade e circulação, destilação e aceleração se associam, fixando ou fazendo fluir, a depender da cadeia de ações que se observa: Among the many services of money, I will mention here only the facilitation of trade, the stability of the standard of value, the mobilization of values and the acceleration of circulation, and the distillation of values in a concentrated form⁵² (p.187).

como mediador universal^{52,ix}; também já foi pensada como algo que se estratifica, clivada em diferentes mercados⁶¹, cada um socialmente marcado pelas classes que os operam. Concebo aqui a circulação monetária como sendo uma única dinâmica, por ser inteiramente interconectável pelo dinheiro. No entanto, parece-me evidente que essa dinâmica não dispensa *checkpoints* ou marcação social de sujeitos e objetos nela inscritos, diferenciando-os socialmente³⁸. A análise de posições e sujeitos que se inscrevem situacionalmente nessa dinâmica, sempre marcada por fronteiras^x, terá como referência central o conflito urbano em suas modulações situadas⁸.

Assim, os meninos de rua que conheceremos adiante não são excluídos de todo mundo social, mas pertencem – como sujeitos e objetos – a essa dinâmica monetária, regulada por muito consenso, muito conflito e muita violência, a depender da situação em questão. Não resta dúvida de que, na imensa maioria das vezes, ocupam as posições mais subalternas, mais submetidas à violência e privações de toda ordem, e que são excluídos da esfera dos direitos da cidadania. Por isso mesmo, reagem atualmente aderindo a outras ordens, nas quais têm muito mais protagonismo e ganhos simbólicos, como veremos. Não há dúvida, tampouco, de que estão incluídos como inimigos na figuração

hegemônica da guerra contra as drogas, que se traduz em guerra urbana.

Tempo é dinheiro na metrópole; em atitude *blasé*, os passantes seguem seus caminhos pelo Largo dos Jasmins sem olhar para o que está ao seu lado, nenhum deles nota o meu observar^{xi}. Há gente usando dinheiro, falando em celulares que custam dinheiro, fazendo dinheiro em seus trabalhos, preparando-se para o mercado de trabalho nos cursinhos do entorno. Duas agências de grandes bancos ao lado, supermercados de redes transnacionais, financeiras, franquias, lojas de roupas, sapatos, lingerie, empréstimos; pequenas lanchonetes, padaria e bares. Muitas marcas de cerveja (o mais difundido dos entorpecentes) à vista. Duas mulheres jovens fazendo programa passam rápido pela entrada do metrô, encontram seus parceiros, desaparecem. Há organizações não governamentais (ONGs) e cadeirantes pedindo doações para instituições. O lugar é um ponto relevante de circulação de dinheiro na metrópole^{26,48}.

A ciclofaixa em uma das grandes avenidas que cercam o Largo dos Jasmins é usada, na contramão, por catadores de material reciclável, que me falam de dinheiro, depois de duas ou três frases. Estão ali porque a faixa exclusiva também torna mais segura a rolagem de suas carroças puxadas à mão, os protege (e a seus cachorros)

^{ix} No prefácio à terceira edição de *Filosofia do Dinheiro*, David Frisby²⁸ nota que: "A work which focuses upon the money economy as a site of modernity and upon the role of money in a mature capitalist society as the universal mediator between things, as the universal equivalent of all values, gives attention to the sphere of circulation, exchange and consumption. Our participation in the money economy necessitates entering a sphere in which we are distanced from objects by means of a mediator, in which we participate in a 'labyrinth of means' and abstract relations between things, in which the dynamic mediator of all values 'emerges as the secure fulcrum in the flight of phenomena'. (...) This sphere of money exchange itself acquires an autonomy in which exchange 'is not the mere addition of two processes of giving and receiving, but a new third phenomenon'"²⁸ (p.xix).

^x Segundo Simmel⁵⁵, "Man's position in the world is defined by the fact that in every dimension of his being and behavior he finds himself at every moment between two boundaries. This condition appears as the formal structure of our existence, filled always with different contents in life's diverse provinces, activities, and destinies. (...) The boundary, above and below, is our means for finding direction in the infinite space of our worlds" (p.1-2).

^{xi} As relações que George Simmel⁵³ faz entre o caráter *blasé* metropolitano e a economia monetária interessam ao argumento desse artigo: "A essência do caráter *blasé* é o embotamento frente à distinção das coisas; não no sentido de que elas não sejam percebidas, como no caso dos parvos, mas sim de tal modo que o significado e o valor da distinção das coisas e com isso das próprias coisas são sentidos como nulos. Elas aparecem ao *blasé* em uma tonalidade acinzentada e baça, e não vale a pena preferir umas em relação às outras. Essa disposição anímica é o reflexo subjetivo fiel da economia monetária completamente difusa. Na medida em que o dinheiro compensa de modo igual toda a pluralidade das coisas; exprime todas as distinções qualitativas entre elas mediante distinções do quanto; na medida em que o dinheiro, com sua ausência de cor e indiferença, se alça a denominador comum de todos os valores, ele se torna o mais terrível nivelador, ele corrói irremediavelmente o núcleo das coisas, sua peculiaridade, seu valor específico, sua incomparabilidade. Todas elas nadam, com o mesmo peso específico, na corrente constante e movimentada do dinheiro; todas repousam no mesmo plano e distinguem-se entre si apenas pela grandeza das peças com as quais se deixam cobrir"⁵³ (p.581-582).

do trânsito feroz. Os ciclistas, amantes do espaço público, passam pelas carroças em capacetes coloridos, bermudas acolchoadas, e saúdam seus puxadores com toda a civilidade: “Tira essa porra daí, ô caralho!”. De chinelo e pés gastos, o carroceiro – Jair – se enfurece: “Porra não! Pooo-orra não! Porra é o seu cu, filho da puta!”. E sai resmungando alto, gesticulando amplo. Em meio à multidão, entretanto, sou o único a ouvi-lo; e só porque estava ali para isso mesmo. Ao me ver sorrindo bem perto dele, o homem se volta a mim e esbraveja: “Nós que tamos na rua é proceder de cabo a rabo! Mas se quiser arrumar (confusão), arruma também! Arruma sim!!!”.

Puxo assunto. Ele faz menção de me xingar – eu me pareço muito mais com o ciclista do que com ele, afinal. Mas desiste, ao mesmo tempo eu lhe dava atenção. Ainda assim, Jair aperta minha mão com muito mais força do que deveria. Sente raiva. Me mostra sua carroça, e tira dela uma sacola com muitos fios de cobre (para mostrar-me o tesouro, obtido no dia, que diz que vai render quase R\$20). Mostra-me que ela tem valor, que não deveria ser tratada assim. Me avisa, em seguida, que tem uma “quadrada” [arma de fogo] escondida ali. Não tem, evidentemente, mas não se conforma com o xingamento do ciclista, queria tê-la, volta a falar dela em seguida. Conta-me, na sequência, que ganhou R\$ 50 de uma senhora pela manhã, de esmola, que fumou um (baseado, “paranga” de R\$10) e guardou R\$ 40 para bebida e ‘aditivos’ da comemoração de natal. “Vou passar suave”, me diz. Como pode o ciclista xingar sua carroça, ignorar suas virtudes?

Jair faz todo dia o percurso da Rua Augusta até o Jabaquara, ida e volta. Olhos verdes, mãos muito grossas, dentes completamente podres e um cachorro bem cuidado o acompanham: “esse cachorro é de grife”. Ao nosso lado, um homem negro, camisa rosa de colarinho, bem passada, anda com outros dois homens de negócios, falando de

dinheiro, desdenhando de alguém, mais ou menos assim: “O problema é que ele acha que tem dinheiro... tem o cenzinho mil guardado, a mulher dele ganha uns 15 mil por mês...”. Eu e o carroceiro nos entreolhamos. Ele estranha minha cumplicidade, não deveria ser assim, mas cita os Racionais para eu ouvir: “Eu só registrei, né? Nem era de lá...”, sorrimos, eu sei o que a citação quer dizer, transformada em provérbio. E completo a estrofe: “Os mano tudo só ouviu, ninguém falou um “a”/Quem tem boca fala o que quer, pra ter nome...”; damos risada^{XII}. Enfim, algo comum entre nós. A cidade é muito conflito. Tiro algumas fotos dele e do cachorro. A carroça segue e, já ao longe, seu dono esbravejava contra outro ciclista.

Os personagens:

Se alguns passam, mais ou menos rapidamente, outros ficam e dormem no Largo, às vezes por anos. D. Zezé, que antes recolhera as latas de alumínio, está há mais de dez anos por ali. Ela organiza detalhadamente seu material, coletado em muitos sacos plásticos, de diferentes cores. Mas é para três meninos de rua que meu olhar se dirige mais atentamente, é neles que se fixa: o menorzinho, Pingo, não tem mais de 7 anos de idade; os outros dois talvez 9 e 11. Os três pequenos estão acompanhados por Bia, menina de 20 anos, cabelos crespos presos para trás, vestindo top curto e shorts jeans, chinelo, roupa de casa. Os meninos estão sem camisa, de bermudas, chinelos, bonés. As camisetas estão estendidas nos arbustos, tornados varais, de casa. Olho para eles, o maior me olha também, aceno com a cabeça.

Observo-os por minutos, e depois caminho pelo Largo perdido em pensamentos. Volto ao chão quando dois dos meninos passam correndo

^{XII} A letra citada é parte da canção “Jesus Chorou”, dos Racionais MC’s, principal grupo de rap paulista. No contexto da canção, um rapaz negro e jovem, que *fala demais* após fumar um baseado, difamando os parceiros, é observado com reprovação pelos colegas. Moralidades marginais em construção. Jair se referia a isso, ao ver outro rapaz negro falando demais, ao telefone.

por mim, rápido, com uma mochila preta na mão, “dando fuga”. Imagino que a tinham roubado de alguém. Olho imediatamente para trás, de onde vinham. Por que fugiam bem pelo meio da praça, não por outra rota? São crianças, pensei. Mas são crianças de rua, malandros, também pensei. São? Será que estou vacilando? E minha mochila? Não estou com ela. Confiro meus bolsos, meu celular segue ali, não foi roubado. Uma viatura da Polícia Militar passa por dentro do Largo, enquanto isso, no enalço dos pequenos. Os policiais olham para todos com ar entediado - rotina. Logo depois deles, Pingo, o mais novinho, vem andando lentamente, agora vestindo uma blusa de frio cinza escura, sem camisa por baixo. Eu tinha reparado nele minutos antes - por que trocara de roupa?

Para “se disfarçar”, claro. Ele levanta o capuz enquanto eu me dava conta disso. A blusa é muitos números maior que o dele, como o boné. Ele caminha como um menininho, de rua, meio malandramente. Mas está só, uma criança que perdeu sua referência. Chega perto de mim, eu o acolho com o olhar, o movimento das sobrancelhas. Recosta-se no banco onde estou, fica a um metro de mim. Pergunto: “e seus parceirinhos? Passaram rápido aqui hein?”. Ele me olha e seu rosto de criança me marca, sinto muita compaixão. Desconfia, mas têm medo nos olhos. Suas sobrancelhas esquerdas, sob o boné grande de aba reta, têm estética bem cuidada: risquinhos raspados, estilo favela. Seu corpinho de criança é, ao mesmo tempo, de músculos definidos, exercitados no dia-a-dia, corpo menos infantil que a idade. É uma criança, não é mais. Expressa no corpo as marcas do conflito urbano. Suas palavras são tão objetivas quanto só as palavras de crianças podem ser. Mas as preocupações não: “Por onde eles foram?”, me pergunta; “Viraram ali à esquerda, perto da entrada do metrô, não vi mais eles”. Ele precisa saber, está só: “Atravessaram a rua?”. “Não sei, cara” (eu o trato como se fosse mais

velho, sem perceber - muitos o fazem). E prossigo: “foi por causa daquela mochila que eles estavam levando?” Não. “Não é roubada não”, ele me diz. Haviam recolhido suas roupas rapidamente, do varal, e as levavam na mochila, ao avistarem a polícia. Eu continuo: “que aconteceu, os homitavam na bota deles, né? Vocês conhecem esses polícia?”. Ele acena positivamente com a cabeça, são conhecidos, fazem rondas de rotina por ali; e me conta que vieram porque eles haviam atacado os entregadores de panfleto.

- o diabo e os “vermes”

“Nós foi pra cima daquele cara lá, que falou que ia tacar fogo em nós quando nós tivesse dormindo... Aquele verme lá, chama polícia toda hora pra nós, fi! Nós já falou pra num chamar, ele vai e chama! - Que cara, o do bar?”, eu pergunto. “Não, aquele de amarelo lá, do outro lado da rua”. Vejo um sujeito com camisa amarela a cem metros de nós, imagino ser aquele. Ainda em dúvida, lhe pergunto outra vez, para me certificar: “Que cara é esse, o de camisa amarela?”. O menino já meio cansado da minha falta de percepção, insiste: “...o do outro lado lá, que mexe com coisa de diabo. diabo?”, pergunto. “É, do diabo, fi!, ele me reafirma muito convicto, já conformado com minha demora em entender, meio desinteressado por isso mesmo, e observando tudo à volta muito atentamente, tenso, querendo encontrar seus parceiros. Vendo que eu prosseguia perguntando, me diz: “foi esse mesmo que tentou agredir meu irmão”. Finalmente vejo o homem-placa do outro lado da rua. Não a camisa, mas a placa que portava nas costas, sobre a cabeça, anunciado seus serviços, é que era amarela. Continuo a conversa com Pingo: “Vocês três são irmãos? eu pergunto. Não, só o menor é meu irmão”.

“Olha lá os meninos!”, eu digo. Os dois, que haviam fugido deixando-o para trás, já estavam de volta para buscá-lo. Acenando para o

meu interlocutor desde o outro lado da rua, interrompem nossa conversa. Ele vai encontrá-los, de imediato, muito feliz, já conversando aos gritos com eles. Eu fico sabendo, com meus parceiros, de como a confusão tinha começado: Pingo e seus dois companheirinhos, armados com lâmpadas fluorescentes compridas e um cabo de vassoura, haviam atacado um “homem-placa” que distribuía panfletos oferecendo serviços de leitura de sorte no Largo. Tinham-no feito correr, por isso a polícia apareceu. O conflito foi traduzido por Pingo em termos neopentecostais, velho-testamentistas: Tarô, “coisa do diabo”.

Depois de se enfrentarem fisicamente, e tendo equilibrado suas forças, os dois lados da contenda buscaram reforços, na tentativa de expulsar os oponentes. Ambos têm a quem recorrer, em busca de justiça, na São Paulo contemporânea. Os meninos de rua, de seu lado, imediatamente buscaram o “crime”, chamando à cena “disciplinas” do tráfico de drogas local^{xiii}. Argumentaram junto aos rapazes que conhecem, duas quadras abaixo, que o entregador de panfletos os agredira e ameaçara atear-lhes fogo. Quando voltaram à praça depois de fugir da polícia, por isso, o irmão e o amigo de Pingo não estavam sós. Junto com eles, Dionísio, de 17 anos, na função de ‘disciplina’, viera averiguar o que acontecera. Também de “bombeta”, bermuda e camiseta, pele escura, calçando um tênis Nike, tatuagens no antebraço, o rapaz tinha o perfil imediato do jovem encarcerado de São Paulo; mas jamais seria confundido com um morador de rua. Bia, que os acompanhava e havia igualmente desaparecido, também retorna com eles. Mais um minuto,

e aparece um segundo rapaz, Orelha, 20 anos de idade, ainda mais bem vestido que Dionísio, também calçando tênis Nike.

Ao chegar, Orelha cumprimenta os meninos um a um, com muita consideração. Todos juntos, inicia-se uma resenha rápida entre eles, sob uma das árvores do Largo – “as ideia”, o debate, para *sumariar*, como dizem, a situação ocorrida. O que aconteceu? Como todos se portaram, quais as reações, quem está certo, quem está errado? Eu chego a poucos metros para acompanhar a discussão, muito interessado. São tantos os transeuntes que os meninos não notam minha presença próxima. Depois da resenha rápida, Dionísio e Orelha, os dois “disciplinas”, dois meninos com postura de homens, dirigem-se imediatamente aos entregadores de panfleto; argumentam por um minuto e, não obtendo sucesso, uma nova cena de conflito se estabelece. Bia, Pingo e seu irmão correm até lá. Quando argumentos não bastam, a força aparece. Gritaria, ameaças e, na confusão, vejo Pingo avançar por detrás dos demais, pequenininho, postura bélica, portando seu cabo de vassoura, destemido; os rapazes todos correm atrás dos entregadores de panfleto, que são forçados a recuar, fugir do lugar. Os meninos haviam vencido outra batalha, Pingo retornava com seu cabo de vassoura partido ao meio.

Os meninos todos se reúnem novamente embaixo de uma árvore do Largo, sorridentes, animados. Eu me aproximo e eles estão comentando a cena, revisitando as falas da contenda: “Vai tacar fogo em quem, maluco? Cê é louco?”. Dão risadas, satisfeitos. Reparo, nesse momento, que um menino bem jovem, Arrelia, magro, com o rosto maquiado como palhaço e uma peruca de cabelos azuis enrolados, chapéu por cima, entra na praça. Ele, que vinha para trabalhar com malabares no semáforo, também estava acompanhando o desenrolar do conflito em meio aos passantes. Arrelia então também se junta ao

^{xiii} Rapazes que tem como responsabilidade, pela consideração que têm dos demais parceiros de atividade, a manutenção da ordem em espaços nos quais atuam, intermediando debates sobre quaisquer situações de conflito. Dionísio e Orelha não eram irmãos, membros batizados do Primeiro Comando da Capital, mas sabiam bem como se age em contexto de conflito, na era PCC em São Paulo. Sobre a operação cotidiana do senso de justiça do PCC em São Paulo há uma bibliografia recente vasta: Biondi¹⁴; Feltran^{16,17,18}; Hirata³⁶; Malvasi⁴²; Marques⁴⁵, entre outros.

grupo, feliz e falando muita gíria. A chuva começava, era esperado que alguns se abrigassem sob a árvore. Ainda assim, Dionísio alerta aos demais sobre minha presença, desconfiado, e todos me olham em seguida. Pingo diz que já tinha falando comigo. Percebendo a situação, falo com eles demonstrando ter entendido o que acontecera, participando da brincadeira de todos com Pingo, o mascotinho que voltara da batalha com seu cabo de vassoura quebrado. Eles olham para mim, sorrimos uns aos outros. Arrelia também se posiciona demonstrando estar do mesmo lado - ele é bem novinho, uns 14 anos, bem branquinho, cara de estudante de ensino público. Quando abre a boca, só sai gíria, eu acho engraçado e dou risada, os demais também. Rimos todos da maneira como ele, figura aparentemente tão frágil, falava como homem feito: “É! Ameaçou, ameaçou, e aí? E pra fazer? É homem pra ameaçar tacar fogo nos moleques, mas não pra fazer? Aí rapa, a rua é a rua!”. Todos sorriem, os meninos tinham um palhaço malandro e um tiozinho que os haviam assistido, estavam com eles. A rua tem momentos engraçados, de felicidade, é preciso aproveitar. Todos sabiam que a polícia voltaria à carga.

Dionísio e Orelha, que foram chamados, estão satisfeitos, dão retaguarda aos pequenos, estão no centro da roda, cercados pelos meninos e por Bia, que sorri feliz para eles. Assim se reforçam laços: Dionísio e Orelha trabalham na biqueira mais próxima, os meninos fazem pequenos “corres” para eles (levar um dinheiro, uma trouxinha, um pino, pegar uma cerveja) e todos se ajudam na necessidade. São traficantes? Seriam, se pegos pela polícia - mesmo Pingo, aos 7 anos de idade. Assim se tecem amores: Orelha e Bia já estavam lado a lado. Dionísio e ele foram chamados, disciplinaram o homem-placa do diabo, o puseram para correr. “Macumbeiro do caralho! Vai vender essas porra na casa do chapéu agora!”. Todos sorriam.

A praça era deles, nesse momento. Olho para todos sob a árvore, uma luz bonita da tarde, da chuva chegando, iluminava os rostos. Bia comenta que a chuva estava apertando: “agora tá molhando!”. Eu repito a mesma frase, levantando-me. A cena se desfaz, contingente. Arrelia se levanta, se despede no seu estilo engraçado: “Falô rapa! Falô malocada, Falô geral! Eu fui!”. Corro até um dos bares populares do Largo. Olho para trás e já não vejo os meninos sob a árvore, nem em nenhuma outra parte. Não sei como desapareceram tão rápido.

- trabalhadores, patrões, policiais, camelôs^{XIV}

Tomo uma coca-cola no bar. A chuva arrefece. Dois policiais a pé atravessam o Largo pelo caminho que os meninos fizeram em seus ataques e suas fugas. Em seguida, permanecem postados, de braços cruzados, exatamente no local em que os entregadores panfletavam. Não há dúvida: eles haviam sido chamados para uma ronda por ali. O movimento de pedestres retomava seu vigor. Mais cinco minutos e a dupla de policiais refez o caminho, no sentido contrário, desaparecendo próximo ao terminal de ônibus. Os homens-placa, então, retomaram suas atividades no mesmo ponto em que estavam, distribuindo seus panfletos anunciando leitura de tarô, agora uns mais próximos dos outros.

Se os meninos tinham ido buscar reforços junto aos “disciplinas” do tráfico local, os homens-placa haviam relatado o ocorrido aos seus patrões, que por sua vez buscaram reforço policial. Os patrões, inclusive, apareceram em seguida: um casal de jovens empresários brancos, “de classe média”. Fui em sua direção, claro. Peguei um dos panfletos que distribuía, parei e li interessado, enquanto escutava a conversa entre eles. O jovem

^{XIV} O verso é parte da letra “A Cidade”, de Chico Science e Nação Zumbi, de 1994.

patrão tentava acalmar seus trabalhadores: “Olha, tranquilo, já conversei com o responsável da polícia, ele já tá sabendo; vai intensificar as rondas bem aqui. Falou que teve assaltos na região, que são esses meninos, que eles já estão de olho”. Eu estava literalmente ao lado deles, escutando a conversa, mas o fluxo de gente é tamanho que sequer me notaram. Isso se repetia, pensava sobre isso. Os empregadores tentavam fazer seus funcionários não desanimarem do trabalho, claro. Tentavam dar o suporte para que prosseguissem sua panfletagem, sua atividade econômica. O homem que mais enfrentara os meninos, nitidamente, estava contrariado. Olhava para os empregadores dizendo: “se continuar assim, eu quero meu dinheiro e vou embora. Negro, diz querer uma relação de trabalho justa: desse jeito não tem condições”. Negro, funcionário, não acredita no patrão, que diz que a polícia vai ajudar. Mas tampouco, seguramente, bota muita fé na capacidade bélica dos meninos. E quer se diferenciar deles. Volta ao seu lugar, segue panfletando; atravesso a rua, retorno, passo novamente por ele e pego mais uma vez o panfleto, observando o modo como ele conversa agora com seus colegas, demonstrando a descrença na resolução do conflito. É muita gente passando. O patrãozinho jovem se afasta, os meninos de rua não aparecem mais.

Os policiais de fato passam mais intensamente, nas horas que se seguem, e que sigo observando o Largo dos Jasmins. Por algum tempo a ordem estava garantida pela presença policial. Os meninos desapareceram do Largo nas semanas seguintes, os homens-placa seguiram ali durante todas as vezes que estive no local. A biqueira na qual Dionísio e Orelha trabalhavam seguiu funcionando a duas quadras do Largo. Os meninos, entretanto, perderam por algumas semanas seu “posto avançado” no Largo dos Jasmins, ou seja, perderam a capilaridade dos negócios que Bia, Pingo, seu irmão e seu amigo

lhes ofereciam^{xv}. Mas não resta dúvida: com o movimento que há por ali, outros assumiriam essa função, em breve. A partir desses enfrentamentos corriqueiros, desses conflitos na base da hierarquia social, territorializam-se as fronteiras de alteridade entre grupos sociais, mas também entre setores legais e ilegais da economia, protegidos cada um por seus agentes de regulação (que têm suas normas, moralidades e valores e, no limite, sempre estarão dispostos a usar a força em suas funções).

Regimes normativos de ordenamento urbano

Jair, D. Zezé e Pingo, é claro para quem os vê de perto, são perfis totalmente diferentes de ‘moradores de rua’. Ao observador externo, entretanto, fazem parte de um mesmo ‘tipo de gente’, que se reproduz trazendo problemas para a cidade. Uma população que também inclui outros marginais: presidiários, prostitutas de rua, usuários de crack, trecheiros, favelados em geral¹³. Se a cidade é muito conflito, eles estão do mesmo lado e, seguramente, se reconhecem hoje como em um mesmo lado, formando uma comunidade distinta da minha por uma fronteira difícil de transpor, nos cotidianos. Comunidade política, porque ritualiza suas normatividades, seus códigos de conduta, valores, devires compartilhados. E que busca meios materiais para seguir existindo, expandindo-se. Daí seu empenho em expandir os mercados que pode controlar.

Grupos marginalizados de São Paulo erigem a “guerra ao sistema” (que inclui a guerra ao diabo) como a grade de plausibilidade mais legítima para sua ação cotidiana. A performance mais ou menos virtuosa de cada sujeito, tendo por base essa

^{xv} Algo muito similar ocorreu em outras situações em que acompanhei a relação entre pontos de venda de droga e policiamento, como em Feltran¹⁷. Vale, também aqui, o modelo de “relações com a polícia” proposto por Whyte⁶⁰.

matriz valorativa, define as reputações para mais ou para menos, parametriza o arbítrio em situações de contenda, torna-se critério de comparação entre situações em que há de se fazer justiça. Moralidades, códigos de conduta, normatividades, sentidos de justiça coexistentes. A avaliação das performances, nesse regime normativo, independe do dinheiro que um ou outro possuem: trata-se de saber argumentar, desenrolar, debater, sempre procurando evitar os desfechos violentos, à espreita. Guerra ao sistema, ente tão presente quanto perverso, como o diabo, que “fode tudo ao seu redor”, como diz o *rap*. A norma é combater o sistema, “correr pelo certo”, e mais ainda para quem tem o compromisso com o “crime”, quem corre com o “Comando”.

É evidente, no entanto, que “bater de frente com o sistema” não é a única referência para a ação observável desses atores, até porque se sabe que, no limite, ou seja, quando se precisa recorrer à violência, a correlação de forças lhes é muito desfavorável. Conflitos de magnitudes diversas, tais como os crimes de maio em 2006, as chacinas de Sorocaba em 2012 ou de Osasco, em 2015, demonstram a desproporção de força em favor do sistema. O confronto rotineiro entre meninos de rua e homens-placa no Largo dos Jasmins, também. Os meninos não têm nenhuma condição de se contraporem à força dos policiais militares do lugar, nem ao dinheiro dos patrões dos homens-placa, que os colocam ali. O PCC tampouco tem poderio bélico para enfrentar a polícia paulista, que tem efetivo de mais de 130 mil policiais militares, cerca de 30 mil civis, em 2016.

Todo regime normativo se ampara, em última análise, na possibilidade de recorrer à força legítima weberiana, para produzir ordem. Em São Paulo, coexistem tanto a ordem estatal, quanto a do “crime”, ambas com setores populacionais distintos as legitimando, ambas com possibilidade construída por décadas de recurso à força armada, se necessário^{16,20,21}. A muito maior capacidade bélica

estatal minimiza a expansão do “crime” nessa direção^{xvi}. Mas a proposta de monetarização das relações sociais, de ampliação da mediação do dinheiro, conecta essas ordens justamente por ser o dinheiro desprovido de qualidades substantivas em seu cerne; eis o caminho contemporâneo mais profícuo para a expansão do “mundo do crime”, que favorece explicitamente pequenos e grandes patrões, de negócios legais e ilegais. Não o caminho moral, legitimar seus valores e sentidos de justiça. O caminho do dinheiro, que não encontra resistência de ninguém: “quanto mais você tem, tanto mais você quer”.

A cena aparentemente irrelevante dos meninos de rua se enfrentando com entregadores de panfleto é de riqueza analítica notável, por isso mesmo. Nesses rituais cotidianos³³ de recurso à força e posterior justificação⁵⁷, o que está em questão é nada menos do que a construção dos critérios de plausibilidade da ordem social, e dos atores da ordem urbana, ordem também mercantil. Se aquele não fosse um ponto comercial importante, o conflito não aconteceria. Não se trata de um problema moral - os meninos roubam, os entregadores são do diabo. Trata-se, sobretudo, de um conflito por posições frente ao mercado informal-ilegal que se territorializa na praça. Agora está mais evidente o lugar que a dimensão monetária do dispositivo das drogas, em geral oculto na produção cotidiana da ordem urbana como ordem moral, ocupa em nosso problema.

- ordem, dinheiro e drogas

Do alto de uma escada enorme, um homem conserta a fiação do poste com seu macacão azul, botas pretas, sem luvas. Uma menina muito

^{xvi} Concordo com Luiz Antonio Machado da Silva que, em comunicação pessoal, me sugeriu considerar o regime normativo evangélico, ainda em franca expansão nas periferias urbanas, como um regime de mediação entre as duas ordens econômicas e armadas que provém do “crime” e do direito estatal. O regime evangélico, em termos teóricos, difere dos demais, sobretudo por não possuir recurso à violência disponível, ao menos ainda, para impor suas premissas localmente. Mas o dinheiro também circula por ele de modo crescente.

masculina (ou será um menino, será ele “trans?”) segura um skate e tem pernas cabeludas; um rapaz muito jovem responde mensagens no celular; três estudantes filmam algo seriamente, deve ser um vídeo para trabalho de escola. Policiais militares, brancos e negros, homens e mulheres, fazem ronda. Negócios, trabalho, estudo, tempo livre, outra vez; gênero, raça, sexualidade; agentes estatais e não estatais; geração, classe, performances sociais muito marcadas pela desigualdade. O Largo é heterogêneo e a construção de nossos juízos se faz associando, por conexão estética, as grandes categorias de sentido. A descrição etnográfica, por isso mesmo, aposta que para além de marcar as grandes categorias de essencialização - pobre, hetero, preto e jovem, em suas múltiplas combinações - podem também focar nas mediações que as situam em lugares de sentido distintos: há muitos tipos de moradores de rua, como Pingo e D. Zezé, como muitos tipos de “trans”: uns são “travecos”, outros são *cross-dressers*. É importante notar que eles têm lugares distintos na política de lugares sociais, situacionalmente associados ou não: *cross-dressers* são tão discriminados pela Igreja Católica quanto *travecos*, mas não pela polícia; D. Zezé é tão moradora de rua quanto Pingo, mas a ordem urbana a aceita no Largo por mais de uma década, enquanto expulsa Pingo e seus colegas dali depois de algumas semanas.

A questão se relaciona, basicamente, à intensidade do conflito urbano que um e outro podem causar. Pingo, aos 7 anos de idade, já está situado na ponta de lança desse conflito (ele participa, além das marginalidades de rua, de uma “rede de relações” criminais que efetivamente disputa a circulação de dinheiro dos mercados ilegais, seus pontos, seus lucros). Não é apenas uma criança de 7 anos que a polícia reprime na praça; é a capilaridade social e, sobretudo, econômica do tráfico de drogas, cuja norma de

operação é regulada pelo Primeiro Comando da Capital, o inimigo público número um, em São Paulo. É a guerra contra “marginais” como Pingo, ainda que ele tenha 7 anos de idade, que objetiva a guerra contra o “crime”, ainda que o dinheiro que ele ganhe seja bem-vindo nas lanchonetes do Largo dos Jasmins. Ser marcado como integrante do “crime”, ao contrário de D. Zezé, é a categoria fundamental que situa Pingo do lado de lá da guerra urbana. Na guerra, o Estatuto da Criança e do Adolescente não deve operar, a situação é de exceção.

A centralidade do tráfico de drogas para essa marcação, e em especial a disputa pela economia do tráfico, estrutura as posições frente ao conflito urbano. Pingo está ali combatendo “vermes” e o “diabo”, seus adversários na terra, “pelo certo”, na sua concepção infantil. Com sua idade já aprendeu que o sistema é injusto, preconceituoso, agride a ele e aos seus, não os reconhece como pessoas, os quer matar incendiados, os ignora e humilha cotidianamente. Reforça a percepção da justiça de sua guerra ao ver que os “vermes” da polícia se associavam aos “vermes” do diabo. Percebe ainda mais justiça em sua guerra quando recorre aos “disciplinas” com seus parceirinhos, sendo prontamente atendido; Dionísio e Orelha são por ele considerados, prezam pela ordem, têm proceder, e ainda vivem ostentando valores. Vencem, inclusive, a primeira batalha, quando se enfrentam na mão com os entregadores, em situação justa. Só abandonam a luta quando a polícia chega, “aí é covardia”. Pingo sabe, entretanto, que para muito “Zé Povinho”, ele é um marginalzinho e poderia morrer. Mas só a justiça divina é real. Deus é o juiz, ele está do lado “certo”.

A questão parece ser inteiramente moral - não há uma dimensão econômica explícita nessa disputa, na perspectiva de Pingo, por mim reconstruída. Os meninos não enfrentam os

entregadores de panfleto por dinheiro, em sua percepção. Creem que são homens como quaisquer outros homens, que têm de combater os que os combatem, resistir, aprendem assim desde muito novos, muito antes de se tornarem adultos^{xvii}. Não se sentem funcionários de uma rede multimilionária de negócios transnacionais, como o tráfico de drogas. Não se sentem precarizados, só estão “no corre”. “De igual”, em sua concepção. Mas eles mesmos se interessam muito, e progressivamente mais, pelos bens de consumo que o mundão oferece. “Você é o que você tem”.

Os empregadores dos entregadores de panfleto não pensam no “certo”, nos termos dos meninos de rua ou do PCC, evidentemente. Nem em Deus nos mesmos termos. Mas têm a absoluta convicção de que agem de modo correto, pagando seus funcionários, fazendo um negócio lícito, “não roubam ninguém”. Por isso chamam a polícia para se proteger – e a seus funcionários – daqueles que são bandidos, criminosos, ainda que entre eles haja a uma criança de 7 anos, outros dois de 9 e 11 anos de idade. Para eles os meninos de rua devem ser presos, como eu os ouvi dizer explicitamente. E eles, patrões e seus funcionários, estão ali trabalhando, portanto devem ser protegidos. Mercado informal, não importa, mas é trabalho, deve ser protegido pelos policiais, pelo Estado, por razões evidentes.

Considerações finais

Sabemos, ao menos desde os trabalhos fundadores de Whyte⁶⁰ e de Michel Misse⁴⁴, no Brasil, como funcionam as mercadorias políticas em atividades econômicas como as que estão em pauta, informais, ilegais; seguramente os patrões, trabalhadores, pagam “por fora”

(ou prestam outros favores) para que os policiais reforcem a ronda ali, protegendo seus funcionários, portanto seus negócios. Dionísio e Orelha, na operação da biqueira em que trabalham, seguramente também convivem com o pagamento rotineiro a policiais – talvez não os mesmos que os expulsaram da praça – fazerem vistas grossas ao funcionamento de seu negócio.

Há dinheiro mediando o conflito entre os meninos de rua e os entregadores de panfleto, na medida em que circula de seus mercados àqueles que os protegem imediatamente. Mas também entre os disciplinas e patrões que estão por detrás deles e as polícias estatais. Patrões negociam esses valores. Há dinheiro, portanto, sendo agenciado pelas moralidades e normatividades em questão. Há mercados, moralmente regulados, e nessa fronteira a droga tem um papel fundamental, na medida em que é o negócio ilícito que estrutura todos os demais, pela sua organização transnacional e sua capacidade de acumulação, capilarização e distribuição de renda, sendo ainda assim fortemente moralizado.

A normatividade moral-religiosa de grupos fortemente marginalizados é velho-testamentista, em cenário de expansão pentecostal agressiva⁴⁵. A normatividade político-econômica do “crime”, que incide ativamente sobre a produção da ordem urbana em locais próximos a pontos de venda de drogas no varejo, é igualmente velho-testamentista. Ambas são funcionais a um dispositivo moral-econômico-político de mercado, que reivindica legitimidade pública à propriedade privada e separação estanque entre mercados e moralidades, admitindo a desigualdade social desde que se pregue a igualdade política. O PCC, ator fundamental na regulação prática da vida no crime, na rua, na cadeia e nas instituições de internação em São Paulo, é profundamente moderno nessa medida. Não importa quanto dinheiro você tenha, se você é patrão ou empregado: importa que é

^{xvii} Sobre a masculinidade nesses contextos, Gimeno³⁰ oferece insights relevantes.

um “irmão, é sujeito homem” – até que se prove o contrário – e pode falar “de igual”. De um lado, extrema capacidade de vocalização do sujeito (até Pingo, de 7 anos, deveria ser ouvido na rese- nha), de outro, legitimação para a desigualdade econômica crescente entre os “irmãos”.

Da disputa entre essas distintas normati- vidades que informam a ação dos diferentes grupos sociais, resulta a ordem urbana - tão contingente quanto concreta. Nela se constrói o dispositivo das drogas. E a ordem momentânea, inclusive a que estabiliza esse dispositivo, se candidata a se tornar norma na medida em que essas ações se repetem e, ao fazê-lo, se constroem como rotina. A ordem urbana é, em termos práticos, a resul- tante, sempre situada, do conflito ocasionado pe- la coexistência entre diferentes normatividades, que em última instância têm o recurso à força co- mo modo de legitimação. Quando a ordem urba- na vira guerra, a força se dirige a todos os inimi- gos. Quando a guerra abre fronteiras mercantis, a tendência é que não haja outro valor de media- ção tão aceito quanto o dinheiro. As drogas, e os mercados de drogas, por isso mesmo, têm papel fundamental nessa guerra.

Referências

1. Adorno S, Salla F. Criminalidade organizada nas prisões e os ataques do PCC. São Paulo: Dossiê Crime Organizado. Estudos Avançados. 2007; 21(61):7-29.
2. Almeida R. A Igreja Universal e seus demônios: um estudo etnográfico. São Paulo: Terceiro Nome/FAPESP; 2009.
3. Batista LG. A grande cidade e a vida no crime: uma etnografia dos mercados do crime em uma periferia de São Paulo. [Dissertação de Mestrado]. Departamento de Antropologia Social. Universidade Estadual de Campinas. Campinas; 2015.
4. Biondi K. Junto e Misturado: uma etnografia do PCC. São Paulo: Terceiro Nome/Fapesp; 2010.
5. Biondi K, Marques A. Memória e historicidade em dois “comandos” prisionais. São Paulo: Lua Nova. 2010; 79:39-70.
6. Birman P, Machado CB. A violência dos justos: evangé- licos, mídia e periferias da metrópole. Rev. Bras. Ci. Soc. (Impresso). 2012; 27(80):55-69.
7. Cabanes R. Economie morale des quartiers populaires de Sao Paulo. Paris: L'Harmattan; 2014.
8. Cefai D. L'Urgence sociale en action. Ethnographie du Samusocial de Paris. Paris: La Découverte; 2011. 576 p.
9. Côrtes M.. O mercado pentecostal de pregações e teste- munhos: formas de gestão do sofrimento. Relig. Soc. (Im- presso). 2014; 34(2):184-209.
10. Cruz E. O valor do certo: uma etnografia urbana da cir- culação e da moral entre adolescentes periféricos. Projeto de Pesquisa de Mestrado em Sociologia. São Carlos: UFS- Car; 2015.
11. Costa GVL, Oliveira GF. Esquemas de fronteira em Co- rumbá (MS): negócios além do legal e do ilegal. Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social. 2014; 7(2):207-232.
12. Dassi T. “A vida é loka”: experiências e moralidades en- tre jovens cumprindo medidas socioeducativas. In: Rifiotis T, Vieira D. (Organizadores). Um olhar antropológico sobre violência e justiça: etnografias, ensaios e estudos de narra- tivas. Ed 1. Florianópolis: UFSC; 2012. p.151-186.
13. De Lucca D. L'invention de la population de rue. In: Ca- banes R, Georges I. (Organizadores.). São Paulo: La ville d'en bas. Paris: L'Harmattan; 2009.
14. Dias CN. Práticas punitivas na prisão: institucionaliza- ção do legal e legalização do arbitrário. Artigo apresentado na 32ª Reunião Anual da ANPOCS. Caxambu; 2008.
15. Feltran GS. O valor dos pobres: a aposta no dinheiro como mediação para o conflito social contemporâneo. Cad. CRH. 2014; 27(72):495-512.
16. Feltran GS. Governo que produz crime, crime que produz governo: o dispositivo de gestão do homicídio em São Paulo (1992-2011). Rev. Bras. Seg. Pub. 2012; 6(2):232-255.
17. Feltran GS. Fronteiras de tensão: política e violência nas periferias de São Paulo. São Paulo: Editora da Unesp/ CEM; 2011.
18. Feltran GS. Cidade de fluxos: notas sobre um pensa- mento de fronteira. Dilemas: Rev. Est. Confl. Contr. Soc. 2011; 4(3):523-535.
19. Feltran GS. Trois Femmes de Sapopemba: violence et politique dans la banlieue de São Paulo. Citizenship Studies (Abingdon. Print). 2011; 15:1011-1029.

20. Feltran GS. Periferias, direito e diferença: notas de uma etnografia urbana. *Revista de Antropologia*. 2010b; 53(2):565-610.
21. Feltran GS. Crime e castigo na cidade: os repertórios da justiça e a questão do homicídio nas periferias de São Paulo. *Cadernos CRH*. 2010; 23(58):59-73.
22. Feltran GS. Isolamento, solidão e superfluidade: sobre abismos cotidianos. *Cad. IFCH*. 2004; 1(31):173-196.
23. Fefermann M. *Vidas arriscadas: o cotidiano dos jovens trabalhadores do tráfico*. Petrópolis: Vozes; 2006.
24. Fiore M. *Uso de drogas: substâncias, sujeitos e eventos*. [Tese de Doutorado]. Departamento de Antropologia Social. Universidade de Campinas. Campinas; 2013.
25. Fraser N. Rethinking the public sphere: a contribution to the critique of the actually existing democracy. In: Calhoun C. *Habermas and the public sphere*. Massachusetts: MIT Press; 1992. p.109-142.
26. Freire da Silva C. *Ciudad del Este: do comércio de fronteira ao centro de São Paulo*. São Paulo: Travessia - Rev. Migrante. 2014; 74:75-90.
27. Fromm DR. Deus e o diabo na terra do crack: notas etnográficas da “cosmopolítica” batista. [Paper apresentado no GT Política e Religião]. III Seminário de Antropologia. São Carlos: UFSCar; 2014.
28. Frisby D. *Preface to third edition, philosophy of money - Georg Simmel*. London and New York: Routledge; 2003.
29. Frúgoli Junior H. *O Centro, a Avenida Paulista e a Avenida Luiz Carlos Berrini na perspectiva de suas associações: centralidade urbana e exclusão social*. [Tese de Doutorado]. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo. São Paulo; 1998.
30. Gimeno PC. *Poética versão: a construção da periferia no rap*. [Dissertação de Mestrado]. Departamento de Antropologia Social. Universidade de Campinas. Campinas; 2009.
31. Grillo CC. *Coisas da vida no crime: tráfico e roubo em favelas cariocas*. [Tese de Doutorado].
32. Instituto de Filosofia e Ciência Sociais. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 2013.
33. Grillo CC. *Fazendo o doze na pista, um estudo de caso do mercado ilegal de drogas na classe média*. [Dissertação de Mestrado] em Sociologia e Antropologia. Instituto de Filosofia e Ciência Sociais. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 2008.
34. Goffman E. *Ritual de interação: ensaios sobre o comportamento face a face*. Petrópolis: Vozes; 2011. 255p.
35. Gomide L. *O sal da guerra: Padre Antônio Vieira e as tópicas teológico-jurídicas na apreciação da guerra justa contra os índios*. [Tese de Doutorado em História. Departamento de Ciências Humanas. Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia; 2014.
36. Habermas J. *L'espace public, 30 ans après*. *Quaderni*. 1992; 18(1):161-191.
37. Hirata DV. *Sobreviver na adversidade: entre o mercado e a vida*. [Tese de Doutorado]. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo. São Paulo; 2010.
38. Hirata DV. *A propos d'un point de vente de drogues: notes ethnographiques*. *ORDA: L'ordinaire des Ameriques*. 2014; 216:116.
39. Knowles C. *Flip-flop: A Journey through Globalisation's Backroads*. London: Pluto Press; 2014. 217 p.
40. Lyra D. *A república dos meninos: juventude, tráfico e virtude*. Rio de Janeiro: Mauad; 2013.
41. Machado da Silva LA. *Criminalidade violenta: por uma nova perspectiva de análise*. Curitiba: Rev. Soc. e Pol. 1999; 13:115-124.
42. Mallart F. *Salve Geral: áreas urbanas, instituições prisionais e unidades de internação da Fundação CASA em comunicação*. *R@U: Rev. Antr. Soc. Alun. Progr. Pós-Grad*. 2011; 3(1):293-314.
43. Malvasi PA. *O domínio do mental e a vida loka: uma análise do dispositivo das drogas nas periferias de São Paulo*. São Carlos: Contemporânea - Rev. Soc. UFSCar. 2013; 3(2):311-334.
44. Misse M. *Crime, sujeito e sujeição criminal: aspectos de uma contribuição analítica sobre a categoria “bandido”*. São Paulo: Lua Nova - Rev. Cult. Polít.. 2010; 79:15-38.
45. Misse M. *Crime e violência no Brasil contemporâneo: Estudos de sociologia do crime e da violência urbana*. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2006.
46. Marques VA. *Fé & Crime: Evangélicos e PCC nas periferias de São Paulo*. Ed. 1. São Paulo: Fonte Editorial; 2015. 164 p.
47. Pacheco De Oliveira, J. *Pacificação e tutela militar na gestão de populações e territórios*. Rio de Janeiro: Mana. 2014; 20(1):125-161.
48. Padovani NC. *Confounding borders and walls: documents, letters and the governance of relationships in São Paulo and Barcelona prisons*. Brasília: Vibrant, Virtual Braz. 2013; 10(2):340-376.
49. Rabossi F. *En las calles de Ciudad del Este: una etnografía del comercio en la frontera*. Asunción: Suplemento Antropológico. 2008; XLIII:1-282.

50. Sá L. A condição de bichão da favela e a busca por consideração: Uma etnografia de jovens armados em favelas à beira-mar. *Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social*. 2011. 4(2):339-355,
51. Schuch P. Justiça, cultura e subjetividade: tecnologias jurídicas e a formação de novas sensibilidades sociais no Brasil. Barcelona: Scripta Nova. 2012; XVI(395):15.
52. Scott A. Capitalism as culture and statecraft: Weber–Simmel–Hirschman. *Journal of Classical Sociology*; 2012; 13(1):30-46.
53. Simmel G. *Philosophy of Money*. London: Routledge; 1990.
54. Simmel G. As grandes cidades e a vida do espírito. Rio de Janeiro: Mana, 2005; 11(2):577-591.
55. Simmel G. The view of life: four metaphysical essays with journal aphorisms. Chicago: University of Chicago Press; 1917 2010. 240 p.
56. Telles VS. A cidade nas fronteiras do legal e ilegal. São Paulo: Argvmentvm/USP; 2011.
57. Thévenot L. L'action au pluriel: sociologie des régimes d'engagement. Paris: La Découverte; 2006.
58. Thompson EP. A economia moral da multidão inglesa no século XVIII". In: Thompson EP. *Costumes em comum: estudos sobre a cultura popular tradicional*. São Paulo: Cia. das Letras; 1998.
59. Vieira D. Histórias sobre homicídios entre jovens: 'Mundo do crime' e comensurabilidade. *Dilemas: Rev. de Est. Confl. Cont. Soc.* 2011; 4(2):281-308.
60. Whyte WF. *Sociedade de esquina*. Rio de Janeiro: Zahar; 2005.
61. Zelizer V. O significado social do dinheiro: dinheiros especiais. In: Peixoto J, Marques R. *A nova sociologia econômica*. Oeiras: Celta; 2003. p.125-165.

A política de enfrentamento como produtora de dano: a epidemia de crack no contexto da saúde pública contemporânea

The policy of confrontation as a creator of harm: the crack epidemic in the context of contemporary public health

Isabela Bentes¹

Resumo

O artigo apresenta os resultados de uma pesquisa realizada entre os anos de 2012 a 2014, na cidade de Natal - Rio Grande do Norte, localizada no nordeste do Brasil, região com maior número de usuários/as de crack do país, em que tinha por objetivo investigar como o discurso da epidemia de crack foi capaz de mobilizar a formulação de políticas públicas em saúde a fim de diminuir os danos provocados pelo uso abusivo de crack e de situações de vulnerabilidades associadas. A intenção desta pesquisa veio contribuir com elementos no debate que tem sido evidenciado em que a opção por caracterizar a questão das drogas como saúde, e não segurança pública, tem fundamentado o discurso hegemônico de combate ao crack. A metodologia partiu inicialmente de uma análise sistemática de matérias jornalísticas publicadas no jornal *Tribuna do Norte* entre os anos de 2010 a 2014, utilizou dados da pesquisa "Perfil dos Usuários de Crack e/ou Similares no Brasil", assim como a realização de entrevistas semiestruturadas com agentes do plano "Crack é Possível Vencer" e de agente do programa "Consultório de Rua". Concluiu-se que o discurso da epidemia, longe de qualquer relação com os determinantes epidemiológicos da saúde pública, ela é caracterizada a partir da construção social do pânico moral e da história social protagonizado fundamentalmente pela mídia e pelo poder público, e legitimados pelo saber médico dominante. Na implementação do plano "Crack é possível Vencer" concluiu-se que, longe de atender aos usuários/as em situação de vulnerabilidades através dos acessos às redes de saúde e assistência social, ele foi capaz de intensificar o processo de administração da exceção através do aumento repressivo nas cenas de consumo de crack, amplificando os processos de produção de dano à saúde pública.

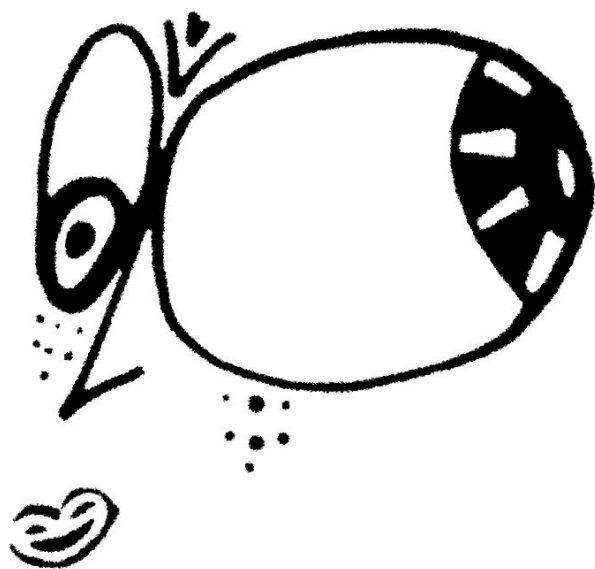
Palavras-chave: Epidemia, Crack, Saúde.

Abstract

The essay presents the results of a research done through the years of 2012 to 2014, in the city of Natal - Rio Grande do Norte, located in Northeastern Brazil, region with the greatest number of crack users in the country, with the goal of investigating how the discourse of crack epidemic was capable of mobilizing the elaboration of public policies in health in order to reduce the damage caused by abusive crack use and of the associated situations of vulnerability. The intent of this research is to contribute with the debate that has been made evident, in which the option for characterize the drug situation as a health, not public security, question has been established as the hegemonic discourse in the fight against crack. The methodology initially came from a systematic analysis of journalistic articles published in the newspaper *Tribuna do Norte* between the years of 2010 and 2014, used data from the research "Perfil dos Usuários de Crack e/ou Similares no Brasil" (Profile of users of crack and/or similars in Brazil.), as well as the implementation of semi-structured interviews with agents of the plan "Crack é Possível vencer" (Crack, it is possible to win) and of agents of the program "Consultório de Rua" (Street Clinic). It was concluded that the discourse of an epidemic, far from having any relationship with the epidemiologic determinants of public health, is characterized through the social construction of moral panic and social hysteria led fundamentally by the media and by public power, and legitimised by the dominant medical knowledge. In the implementation of the plan "Crack, é possível Vencer" it was concluded that, far from aiding the users in vulnerable situations through access to the health network and social assistance, it intensified the process of an administration of exception through increased repression in the sites of crack consumption, amplifying the processes of damage production to public health.

Keywords: Epidemic, Crack, Health.

¹ Isabela Bentes (isa.bentes@gmail.com) é Cientista Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Mestre em Sociologia pela Universidade de Brasília. Atualmente é doutoranda em Sociologia – Cidades e Culturas Urbanas da Universidade de Coimbra, e integrante do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos- NEIP.



Introdução

O artigo traz à tona o debate acerca das políticas de enfrentamento ao crack, em especial, o programa “Crack é Possível Vencer”, do governo federal em parceria com os governos estaduais e municipais, que apresenta a questão da prevenção, do cuidado e da segurança como estratégia para findar o consumo de crack no Brasil. Inserido no conjunto de políticas públicas de enfrentamento ao crack, foi realizado após pesquisa nacional encomendada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) à Fundação Oswaldo Cruz (FioCruz), que sistematizou o perfil dos usuários de crack e/ou similares nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, apontando a existência de 370 mil pessoas que fazem consumo regular de cocaína fumada – crack, pasta base, merla – o que corresponde à 0,8% da população das capitais⁴.

Esta política estruturou-se a partir da ordem de um discurso baseado na fundamentação epidemiológica do consumo de crack, em que sua produção foi controlada, selecionada,

organizada e distribuída a partir de determinadas práticas procedimentais⁷. Tal discurso, estruturado a partir de atuações fundamentalmente da mídia e da classe política do país, baseou-se em uma noção de que algo deveria ser feito para combater esse mal iminente que vinha destruindo famílias e levando os jovens à condição de indigência, lançando mão de uma subjetivação imagética em que as figuras dos usuários eram associadas a “zumbis”, e que era necessário combater o vetor dessa moléstia que mataria o indivíduo em pouco tempo e que, portanto, deveria ser combatida: o crack. Tal fenômeno não é exclusivo no Brasil: os Estados Unidos lançou, em primeira mão, o discurso da epidemia do crack em torno de 1980, discurso responsável por um crescente número de publicações nos principais jornais, descrevendo histórias assustadoras, fazendo o então presidente Ronald Reagan discursar cadeia nacional de televisão sobre a tolerância zero e a formulação de cruzadas contra esse “mal” como meios de combater o crack. A mídia, a guardiã do consenso³, instrumento por excelência da difusão desse

discurso, garante e legitima um controle social ainda maior da população, principalmente àque-la que corresponde a uma identidade “suspeita” e responsável pela disseminação desta molés-tia: o povo negro e empobrecido pelo capital. Reinerman e Levine⁸ lembram que esse período, conhecido como *drug scare* em referência ao *red scare* implementada pelo presidente McCarthy em 1950 ao referir-se à política de combate ao comunismo, iniciou a histeria midiática e a aten-ção política a partir dos anos 1980, quando o formato da cocaína fumada apareceu em alguns bairros empobrecidos, embora desde 1970 já te-nha havido a explosão do consumo de cocaína.

A construção social da epidemia de crack, que herdou tal conceito para referir-se a tal mani-festação de uma doença, utilizando o termo utili-zado para falar sobre a propagação de doenças, como a malária, a peste negra, a gripe espanhola e o HIV/aids, foi instrumentalizada para a realiza-ção de políticas emergenciais legitimadas a partir de um pânico moral e de uma histeria social que implica na reação oficial fora de proporção fren-te a usuários, conclamando especialistas a falar “em uma só voz” sobre taxas, diagnósticos, prog-nósticos e soluções⁶. Tal epidemia, portanto, trata de um episódio em que um determinado grupo de pessoas passa a ser definido como perigoso aos valores e interesses societários, apresentado de forma estereotipada pela mídia e estigmatizado por barricadas morais mobilizadas por editores s mídia, bispos, políticos e especialistas socialmen-te aceitos¹. Formuladas as condições para a pro-pagação do pânico moral que apresenta o uso co-mo algo negativo, irracional e lamentável, promove incidentes chocantes e medos ampliados¹⁰.

A análise desse movimento é, portanto, um instrumento que permite entender como temores e preocupações expressam lutas de poder entre grupos sociais, valores e normas, uma vez que esses nunca são espontâneos e desprendidos

de interesse⁷. Partindo deste cenário, as políticas de enfrentamento ao crack, foram destrinchadas ao longo desse artigo.

Método

Muitos dos dados aqui apresentados foram resultados das discussões da equipe de Natal – Rio Grande do Norte, durante a pesquisa do “Perfil dos Usuários de Crack e ou Similares nas 26 capitais e DF”, composta por antropólogos, sociólogos, cientistas sociais e enfermeiras. O método adotado na primeira etapa da pesquisa consistiu no mapeamento das cenas de consumo existentes na cidade de Natal, que serviram à se-gunda etapa da pesquisa, em que os endereços, horas e dias da semana foram pré-determinados pela FioCruz para realização de recrutamento de usuários, entrevistas e testagens. Assim, foram adotadas duas metodologias na pesquisa: a *Time Location Sampling* (que possibilitou o acesso às populações flutuantes de usuários de crack e ou similares e seus padrões de consumo nas cenas de consumo) e a *network scale-up*, que viabiliza a estimativa de usuários de crack no país.

As entrevistas foram realizadas em escolas e pontos de atenção à saúde da cidade de Natal, sempre próximos das cenas de consumo, confor-me nos encaminhamentos da coordenação geral da pesquisa. Uma equipe dirigia-se às possíveis cenas de consumo em determinados hora e dia, com uma hora de antecedência visando à obser-vação do local e início do processo de aproxima-ção com os/as usuários/as presentes naquela “cena”, quando eram entregues instrumentos de redução de danos, como preservativos e instru-ções de diminuir o dano provocado pelo uso abu-sivo do crack, além de ser feito o convite para participar do estudo.

Para aqueles/as que apresentavam inte-resse em participar eram entregues convites

nominais com o local a comparecer para a realização da entrevista. Chegando ao local, o usuário era encaminhado para equipe entrevistadora, para responder a um questionário que identificava a sua trajetória de vida, padrões de consumo de drogas e envolvimento com a Justiça. As entrevistas tinham duração, em média, de 25 minutos, quando depois eram encaminhados/as para testagem de HIV/aids, através do teste rápido HIV-1/2 na Bio-Manguinhos em que, através dos coquetéis de antígenos presentes, pode-se detectar a presença de anticorpos específicos da infecção pelo HIV tipos 1 e 2 e, em seguida, eram realizados os testes das hepatites virais¹¹.

Dando continuidade às entrevistas, posteriormente se tentou contatar a maior parte dos responsáveis pelo comitê gestor do plano “Crack é Possível Vencer”, da cidade. Entretanto, só duas entrevistas semiestruturadas foram realizadas: uma com a responsável pelo segmento das políticas de saúde adotadas no plano, uma vez que não foi possível identificar os outros atores sociais envolvidos da formulação, implementação e aplicação deste programa na cidade, e a outra com um agente de redução de danos do programa “Consultório de Rua”, em que possibilitou determinar as ações junto a essa determinada população em situação de vulnerabilidades associadas.

Posteriormente, foi realizada uma análise sistemática de matérias jornalísticas publicadas *online* no jornal local Tribuna do Norte, durante os anos de 2010 a 2014 – período de implementação dos planos de enfrentamento ao crack. Essas matérias foram categorizadas conforme os subtemas: apreensão, crimes relacionados tráfico de drogas; os usos do crack; mortes por uso

de crack; políticas públicas sobre crack e outras drogas; pesquisas sobre drogas, religião, família; eleição e drogas) – categorias formuladas para localizar somente os textos com notícias e matérias de todo o estado do Rio Grande do Norte.

Resultados e discussão

O material catalogado sobre crack no jornal Tribuna do Norte resultou em 719 notícias de 2010 e 2014, tratando: 353 notícias sobre apreensão, crimes relacionados tráfico de drogas, 93 sobre os usos do crack, 12 sobre políticas públicas sobre crack e outras drogas, 14 sobre pesquisas a respeito de droga, 12 sobre religião, família e drogas e 9 sobre eleição e drogas, demonstrando que o tema se tornou recorrente nas mídias. As publicações realizam a construção de um cenário grotesco, formulando uma identidade social de usuários/as em situação de extrema indignação, em que se estabelecem “cenas” em que há o consumo recíproco de uma substância antropomorfizada: usuários/as consumindo e sendo consumidos pelo crack. Essas cenas, cunhadas pejorativamente de “cracolândia”, são traduzidas como um todo homogêneo para todas as regiões do país, desconsiderando particularidades de dinâmicas e fluxos que existem em cada local. Tal construção imagética é tomada como referência para a constituição de uma noção epidêmica em que a questão central não é a difusão de uma determinada doença em larga escala, mas sim a ideia de que, no primeiro contato com o crack, o indivíduo já se torna dependente, portanto, um doente que foi infectado por um vetor contaminado junto ao qual o óbito será imediato.

Contrapondo este cenário, a catalogação das reportagens permitiu verificar que não houve nenhum registro de mortes decorrentes ao uso do crack, ou seja, casos de overdose ou

¹¹ Os testes de escarro para identificação de doenças pulmonares não foram realizados por falta de equipamentos disponíveis nos centros de atendimentos de saúde básica da cidade de Natal.

outras causas relacionadas diretamente ao uso dessa substância. Entretanto, há um mecanismo semântico em que mortes relacionadas ao crack (ou seja, mortes associadas ao mercado ilegal das substâncias psicoativas tornadas ilícitas) são tomadas como fundamento de uma relação de causa-efeito, onde o se estabelece que o crack leva o indivíduo à morte, não questionando a estrutura social alicerçada nas dinâmicas da cadeia produtiva posta na ilegalidade dessa substância, bem como o aumento da repressão, dos conflitos gerados pela disputa de território do varejo das drogas, dos acertos de contas, dentre outros instrumentos extralegais deste mercado.

Ao destrinchar minuciosamente os fatos trazidos no jornal, percebeu-se que existe um dispositivo de agendamento diário em que as matérias e reportagens são lançadas com diferentes títulos, embora possuam, em seu conteúdo, a repetição de algo já publicado anteriormente. Ou seja, as matérias editadas diariamente fazem com que exista permanentemente abordagem acerca do crack. Na pesquisa, observou-se 59 notícias relacionadas à apreensão de crack, que geraram 118 matérias com títulos e datas diferenciados, porém de mesmo conteúdo.

Em relação aos dados jornalísticos observa-se que, em período pré-eleitoral e em consonância a megaeventos ocorridos no Brasil, há o perceptível o aumento de projetos de lei e de ampliação de políticas públicas sobre drogas, como, por exemplo, a massificação de ações de internação compulsória para indivíduos em situação de abuso. Numa delas, descreve que o deputado federal Osmar Terra, autor de um projeto de lei que endurece a política sobre drogas no país, teria subido ao púlpito do Parlamento com um saco na mão simulando que ali continha a quantidade de pedras que um usuário de crack consumiria em um dia – algo em torno de 50 a 100 pedras. No

entanto, essa teatralização na política não condiz com os dados retirados da pesquisa da FioCruz, que estabelece que esses usuários consomem, em média, 16 pedras por dia⁴.

A conjuntura brasileira permitiu o surgimento da discussão de que a questão das drogas não deveria mais ser tratada como questão de segurança pública, mas sim como um caso de saúde pública. Entretanto, a fundamentação punitivista continua predominante nas políticas públicas sobre drogas, fazendo que não haja, essencialmente, distinção entre saúde pública ou segurança pública e termine adotando modelos de intervenção que reforçam o estigma, a exclusão social e a higienização dos espaços públicos das cidades.

O plano “Crack é Possível Vencer” tem esse modelo e foi o maior projeto de caráter nacional de combate ao crack a reforçar esse discurso através do financiamento e parceria das chamadas “comunidades terapêuticas” como instrumento do Sistema Único de Saúde. Essas instituições, em sua maioria, são de caráter religioso e ausentes de estrutura e de profissionais especializados que possibilitem, de forma integral, a atenção aos internados compulsoriamente em situação de abuso de substâncias psicoativas ilícitas. Vale ressaltar que profissionais da saúde, como psiquiatras, psicólogos e terapeutas ocupacionais apontam a baixa eficácia do tratamento de usuários em situação de abuso internados compulsoriamente².

Esses resultados apresentados constituem o pânico moral e histeria social deste tempo. Tais elementos, vai dizer Tony¹⁰, apontam:

“Moral panic was something negative, irrational, and regrettable; shocking or frightening incidents occurred, raw emotions took over, fears magnified, panic set in, inhibitions weakened, and public officials overreacted. Whether, however, the result of a moral panic is negative and to be regretted

depends on its nature and result, and who makes the assessment”⁹(p.86).

Thompson⁹ (p.4) afirma que muitas pessoas que acreditam que a sociedade esteja ameaçada moralmente creiam que ela necessita de um renascimento dos valores tradicionais, o que as levaria a defender uma forma idealizada do que teria sido a ordem social do passado. No entanto, no que diz respeito às drogas, falar em ordem social do passado não significa resgatar seus padrões de consumo, de produção e de comércio regulados. Ao contrário, significa manter a ordem social do passado que conquistou políticas de proibição associadas aos discursos de abstinência do uso de qualquer droga hoje ilegal.

A situação de pânico social, portanto, esconde as desigualdades sociais, os processos de exclusão social dos indivíduos com direitos negados, camuflando através do discurso da epidemia, que estabelece relação de causalidade entre o consumo de crack e a pobreza. Entretanto, a realidade social apresenta o consumo de crack, assim como o uso abusivo de álcool, não como geradores da pobreza, mas sim como derivados dela: indivíduos usuários que formam essa massa marginal têm situação de pobreza anterior ao consumo. O discurso da epidemia, dessa forma, é mais um instrumento manipulador a ocultar as raízes da desigualdade social e da exclusão social, da pobreza e de outros fatores associados a essas situações de vulnerabilidade.

Ao dissimular a pobreza como causa do uso de crack, o pânico moral afirma-se como mais um dispositivo de controle social disciplinador da sociedade a uma ordem hegemônica, relação Estado-sociedade onde o primeiro estabelece práticas de vigilância e controle para que seja possível a manutenção do privilégio de exercer o aparato de controle social e das situações de desigualdade.

Considerações finais

As políticas de enfrentamento às drogas trazem consigo o fundamento da prevenção ao crime, ou seja, a eliminação de um potencial criminoso, ou no caso, daquele visto como “doente” que precisa ser resgatado. Entende-se que essa população usuária de drogas como o crack, em sua maioria negra, pobre e vulnerável socialmente tem recebido uma dupla associação punitivista, tanto nos segmentos da segurança pública, como da saúde pública, presentes nos discurso da união das forças institucionais e da sociedade civil para derrotar este mal.

O sentimento geral de terror na sociedade garante que toda política em caráter emergencial de enfrentamento tenha plena aceitação, reforçando paradigmas médicos que fortalecem as formas tradicionais de punição como tratamento, traduzindo-se em internações forçadas, fortes relações com instituições religiosas, utilização de trabalhos forçados (ou a chamada laborterapia), etc, que se revelam nas denúncias de maus tratos e estruturas precárias de atenção, negação das identidades diferenciadas transformadas em patologia¹¹, onde as propostas de “cura” associadas a abstinência significam a abrupta retirada do indivíduo de seu meio social o que resulta no rompimento de relações sociais já estabelecidas com outros indivíduos de situação semelhante, isolando-os em instituições totais, vigiando-os e punindo-os pelos atos “errôneos” promovidos ao longo da vida pregressa dos/as usuários/as em situação de abuso. Desta forma, as políticas de saúde e segurança possibilitaram o enrijecimento da política criminal e a produção de dano social através de políticas de enfrentamento às drogas, que na atual conjuntura não têm previsão de serem revisadas, tampouco refundadas.

¹¹ Por exemplo, a população transexual, assim como a de profissionais do sexo, que registra alto consumo de crack, é associada ao uso por ter sua situação de subjetividade particular questionada, situação frente a qual muitas vezes a “cura” para a droga, na verdade reveste a não discussão de sua situação de discriminação social e de gênero.

Referências

1. Cohen S. Folk devils and moral panics: the creation of mods and rockers. London: MacGibbon & Kee; 1979.
2. Coelho I, Oliveira MH. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. *Saúde debate*, v. 38, n. 101, p. 359-367, 2014.
3. Del Olmo R. A face oculta da droga. Rio de Janeiro: Editora Revan; 1997.
4. Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisa nacional sobre uso de crack. Quem são os usuários de crack e/ou similares no Brasil. Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014. Disponível em: <http://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20o%20Uso%20de%20Crack.pdf>.
5. Foucault M. A ordem do discurso. São Paulo: Loyola; 2004.
6. Hall S, Critcher C, Jefferson T, Clarke J, Roberts B. Policing the crisis: mugging, the state, and law and order. London: Macmillan; 1978.
7. Miskolci R. Estética da existência e pânico moral. In: Rago M, Veiga-Neto A. (Orgs.). Figuras de Foucault. Belo Horizonte: Autêntica; 2003. p.227-238.
8. Reinerman C, Levine HG. Crack in context: politics and media in the making of a drug scare. *Contemp. Drug Probl.* 1990; 16(4):535-577.
9. Thompson, Kenneth. Moral Panics. London, Routledge, 1998
10. Tonry M. Thinking about crime: sense and sensibility in american penal culture. New York: Oxford University Press; 2004.



Crack - entre deslocamentos, territorializações e resistências: uma caça às bruxas contemporânea

Crack – among the displacements, dominion and resistances: a contemporaneous witch hunt

Laís Rosatti¹

Resumo

O uso de substâncias psicoativas foi uma prática necessária na vida individual e comunitária do ser humano. Para diversas sociedades, o espaço de lazer sempre esteve associado à ideia do “estar fora de casa” - a margem do domínio imposto pela representação do poder familiar - para estar em um espaço de trânsito, de transe, de lazer. Entre deslocamentos e territorializações, o crack migra para a região central da cidade de São Paulo e configura novas lógicas de apropriação, que serão alvo de demonstrações de força exercidas através da hegemonia do Estado e do paternalismo da medicina. Assim, busca-se analisar dilemas Bioéticos que surgem a partir do momento em que há conflitos entre a determinação para assegurar a autonomia pessoal do indivíduo e o autocontrole para proteger a autonomia do outro. Quando se desloca o caráter ético das relações humanas para uma tecnificação dos problemas éticos - onde as questões humanas passam por um juízo moral que as substitui por problemas técnicos especializados e suscetíveis de soluções profissionais que interferem na esfera individual - significa submeter-se à esfera de influência que transfere ao Estado e à medicina o direito de decidir sobre a vida, e sobre o que diz respeito à ética da vida.

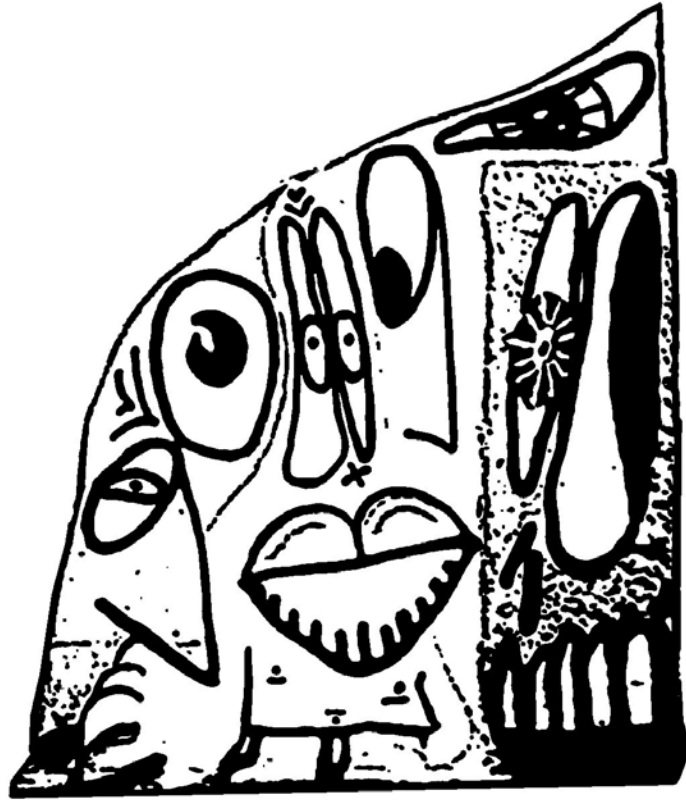
Palavras-chave: Bioética; Crack; Cidade.

Abstract

The use of psychoactive substances was a practice needed on the individual and the community life of human beings. In many societies, the space of leisure had always been associated to the idea of staying “out of home” - on the edge of the dominion imposed by the family power representatives - to be instead on a state of transition, of trance, and of fun. Among of dislocations and territoriality, the crack migrates to the central region of São Paulo City, and configures newappropriation logics, that will be the target of power demonstrations carried out through the State’s hegemony and medicine’s paternalism. Thus, Bioethics dilemmas that come since the moment in that there are conflicts between the determination to keep the personal autonomy of the individual, and the self-control to protect the autonomy of others, is analysed.. When the ethic character of human relations is exchanged for a technification of the ethical problems - where the human problems pass for a moral judgment that transforms them into specialized technical problems susceptible to professional solutions that intervene on the individual sphere - it means to submit yourself to the sphere of influence that transfers to the State and to medicine the right to decide about life, and about what concerns to the ethics of life.

Keywords: Bioethics; Crack; City.

¹ Laís Rosatti (laisrosatti@usp.br) é especialista em Direito Penal e Processual Penal pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e em Bioética pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Pesquisadora Doutoranda em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.



Introdução

Sabe-se que, em determinadas sociedades, o homem afastava-se da casa para laborar, ausentando-se, muitas vezes, por longos períodos. À mulher, no entanto, era atribuída a função de cuidar das lavouras, da prole e das tarefas domésticas. Com isso, em suas tarefas rotineiras, teria descoberto as propriedades psicoativas de muitas plantas e fungos, com as quais passou a ter uma profunda relação de conhecimento e prática, passando a desenvolver pomadas, unguentos, elixires, bebidas, entre outros. Para Antonio Escohotado⁹,

“As fórmulas de unguentos que nos transmitem Cardano ou Porta, não só continham ha-xixe, flores de cânhamo fêmea, ópio e solanáceas, se não também ingredientes de alta sofisticação como a pele de sapo (que contém Dimetilriptamina ou DMT) ou farinhas contaminadas por ferrugem (que contém amida do

ácido lisérgico), além de fungos e cogumelos visionários. Com essa variedade de drogas, e a potência que deriva de suas misturas, um bruxo europeu competente poderia induzir variados transes”⁹ (p.53).

Muitas substâncias, a exemplo das solanáceas – tais como a beladona, a datura e a mandrágora - foram largamente utilizadas não só em rituais e cerimônias, como também na vida secular. O vinho, muito associado ao deus grego Dionísio – ou Baco para os romanos – era considerado um símbolo ritualístico para uns e de paganismo e heresia para outros. Algumas tradições abstêmias afirmavam, inclusive, que quando Lúcifer caiu dos céus, se uniu a Terra e produziu a videira⁹. Com isso, muitos fiéis e adeptos aos cultos oferecidos a Baco foram perseguidos e acusados de heresia, pois, sob o efeito do vinho ou de substâncias análogas, lhes era imputado o envolvimento em orgias e bacanais que comumente

ocorriam nos campos e florestas. Sabe-se que esses locais eram preferencialmente utilizados como espaços de transe, facilitado pelo contato direto com a natureza e seus elementos – ou seja, se deslocavam para um espaço fora do âmbito característico da submissão e do recato próprio dos espaços domésticos. Assim, emergiu uma horda que suscitou a mistificação de certas condutas responsável por condenar um sem número de mulheres, na sua maioria, às fogueiras:

“Na realidade, quanto mais sofresse a bruxa neste mundo menos havia de padecer no outro. Isso explica também que lhe podia ser negado um advogado defensor, e que os atalhos comuns não serviriam; ainda que o esposo atestasse tê-la visto dormir ao seu lado, por exemplo, era aconselhável desconfiar, pois “a mulher poderia estar na orgia, e ter na cama um demônio transfigurado com seu aspecto”. Tampouco é prova de inocência resistir à tortura, pois tais coisas frequentemente devem-se a “encantamento diabólico”⁹ (p.55-56).

A questão que envolveu as substâncias psicoativas permeou a medicina e a religião em um contexto transversal de devoção e cura; que viria a determinar mais tarde quem seriam os sujeitos centrais de inúmeros conflitos. Assim, em um primeiro momento, a gênese da questão teria sido designada pela conseqüente formação de pequenos grupos que se unificavam em um espaço determinado com o mesmo objetivo de alterar seus estados de consciência compartilhados com seus grupos de referência, bem como pelo que viria a ser a estratificação de seus bodes expiatórios reconfigurados nas gerações vindouras e com a mesma memória histórica.

Com passar do tempo, as mesmas substâncias – antes condenadas enquanto objeto simbólico e irrefutável da prática de heresia – passaram a fazer parte de uma nova construção que veio a se pautar nos discursos sustentados por médicos e boticários, de modo que aos poucos

se reinseriram na sociedade, não como uma prática amadora de mulheres camponesas em estreita relação com o sobrenatural, mas enquanto instrumento de um saber médico:

“Superar a caça às bruxas incluía duas partes. Primeiro era necessário reduzir o reputadamente sobrenatural a algo prosaico, como as propriedades de certas plantas. Logo, era preciso mostrar que o prosaico apresentava grande utilidade para todos, sendo pura e saudável medicina”⁹ (p.64).

Contudo, o julgamento depreciativo sobre o livre arbítrio não padronizado das formas de alteração da consciência se revela nas condenações moralistas, notadamente porque a consciência transcende a qualquer conhecimento empírico. Segundo Cláudio Cohen e Flávio Carvalho Ferraz⁶, Sigmund Freud teria arrolado três grandes golpes narcísicos da humanidade: o cosmológico, o biológico e o psicanalítico, de modo que:

“Este último atingiu o sujeito da certeza e da razão, à medida em que a psicanálise, descrevendo o inconsciente, apontou para o fato de que a existência de uma consciência não era condição suficiente para que o indivíduo fosse completamente senhor de si. A descoberta de Freud demonstrava que um indivíduo se encontrava sujeito a aspectos inconscientes que, influenciando profundamente sua configuração psíquica, não se deixavam sujeitar pela consciência ou pela razão”⁶ (p.39).

Portanto, é pretensão mensurar e realizar juízos de valor sobre os estados de alteração de consciência, quando não se pode determinar exatamente o que é a consciência, tampouco seus limites. Autores como Gilberto Velho²¹ reforçam essa ideia:

“Faz parte de um conjunto ao qual pode estar integrado de modos distintos. Por meio da antropologia e da história, sabemos como

diferentes culturas criaram um espaço próprio para o consumo dos mais variados tipos de drogas, muitas vezes em contextos religiosos, em rituais e cerimônias específicos. Registram-se diversos casos em que a droga é um veículo privilegiado para a comunicação com o mundo dos espíritos e com o sobrenatural”²¹ (p.26).

No entanto, há muito se buscou na limitação da soberania do indivíduo, sua sujeição à autoridade social da qual é parte integrante, a fim de exercer juízos de valor sobre sua capacidade de autodeterminação e de adequação aos arquétipos de uma normalidade já estabelecida, visando manter ditames de um poder coercitivo contra todas as formas de obtenção de prazer sobre o corpo e sobre a consciência e valendo-se, para tanto, de um ideário segregatório e de acompanhamento curativo para tais “condutas desviantes”.

Para de Gilberto Velho, não há como pressupor comportamentos e atitudes homogêneos dentro do que se costuma chamar de “mundo das drogas”, pois, trata-se de uma noção muito ampla a partir da qual é preciso estabelecer distinções e particularidades. Assim,

“Essas diferenças, até certo ponto, acompanham as fronteiras da estratificação socioeconômica mais geral. Mas associam-se também a distintas orientações e tradições culturais e às particularidades no consumo de drogas específicas como maconha, cocaína, crack, ácido, álcool, etc. Historicamente, por sua vez, a mesma droga pode apresentar usos e padrões de consumo muito diferenciados”²¹ (p.24).

Portanto, nota-se claramente que o uso de substâncias psicoativas está presente na sociedade, acompanha e se transforma com ela ao longo do tempo, pois a ela se adequa e também às

suas dinâmicas temporais e espaciais, bem como às suas práticas comunitárias. “Portanto, não estamos falando de uma sociedade de pequena escala, tribal ou camponesa, mas de um mundo metropolitano na sociedade industrial de grandes números e extrema diversidade”.²¹ (p.26). A partir do momento em que a manutenção de um controle social passou a favorecer – de diferentes maneiras – a disputa pelo território em um jogo de interesses muito presente nas dinâmicas que envolvem fronteiras e definições morais para sociedades padronizadas, o conceito de caça às bruxas também se deslocou de um Estado teológico para um Estado terapêutico, que agora se volta contra novos “desajustados sociais” e, conseqüentemente, com novas lógicas para lidar com as “bruxas” contemporâneas.

Para diversas sociedades, os espaços de divertimento sempre estiveram associados à ideia do “estar fora de casa”, desde a mais tenra idade. O “furtar-se” do lar para estar nos espaços comunitários, por exemplo, demonstra que em tais áreas se permitia realizar tudo aquilo que no âmbito do lar era sabidamente vigiado ou proibido. A rua sempre foi caracterizada pelo movimento: o trânsito, o transe, o lazer. É por si só, um lugar de transformações físicas, mas também, de estímulos das mais diversas formas de percepção e de alteração de consciência. A rua é sinônimo de liberdade. É a margem do domínio imposto pela representação da casa e do poder familiar. É um espaço de identificação com o tempo e com o território, quer seja simbólico ou real.

Contudo, a percepção transversal da vida que acontece na rua, subtrai de um sujeito seu direito a estar “na rua” e é substituída arbitrariamente e quase automaticamente pela construção ideológica de um sujeito “da rua”, utilizando práticas reiteradas que estabelecem um processo silencioso de institucionalização do ser humano e de gentrificação urbana. Tal fato ocorre em um

processo que constrói, no ideário social, uma perspectiva facetada de um “submundo” e de uma “sub-humanidade” que emerge como uma “mancha” na cidade, a partir da criação e reprodução de uma nova característica de desajuste social que surge a partir das margens.

A presença do crack nas regiões marginais urbanas – o caso do Centro de São Paulo

Através dos relatos trazidos por Heroito de Moraes Joanides¹³, por exemplo, é possível realizar um recorte de como o fim das zonas de prostituição, que funcionavam na região central da cidade de São Paulo, tornou mais evidente a circulação e o tráfico de substâncias psicoativas que, na verdade, sempre estiveram presentes como um pano de fundo no local. Segundo o autor, o conceito de submundo não se caracteriza por um local qualquer de determinada cidade, mas sim, se define como:

“O conjunto de seres humanos que nela vivem, à margem da lei ou dos bons costumes, bem como a ambiência dentro da qual os seus destinos se arrastam. É pois designativo mais de classe, digamos assim, que propriamente de local, já que os lugares frequentados por aqueles que a ela pertencem, onde se reúnem, residem ou exercem os seus mistérios ilícitos, pode que sejam vários e dispersos, espalhados por toda a extensão de uma cidade grande. Em algumas cidades, porém, pode vir a ocorrer que um grande número de marginais acabe por se concentrar num mesmo local. A causa de tais concentrações, o foco que atrai, arregimenta e aglutina essas populações de proscritos é, invariavelmente, a prostituição”¹³ (p.25).

O autor refere que até a década de 1950, o “submundo” urbano paulistano estava concentrado no bairro do Bom Retiro, onde ainda o

meretrício estava oficialmente confinado, mais precisamente no entorno das ruas Itaboca e Aimorés. Porém, com um decreto governamental que colocou termo às atividades do meretrício com o consequente fechamento das chamadas zonas, a prostituição passou a se deslocar e a se estabelecer mais precisamente na região dos Campos Elíseos, formando as primeiras “manchas” que demarcavam um território que seria denominado “Boca do Lixo”, nas imediações das ruas e avenidas como a dos Timbirás, São João, Barão de Limeira, Duque de Caxias, largo General Osório e a dos Protestantes, ocupadas por toda sorte de seres marginais¹³.

Todavia, o que se estava a extinguir, na verdade, não era a prostituição em si, mas a área de confinamento, o que levou muitas daquelas mulheres a migrarem para cidades interioranas, onde as casas de tolerância ainda eram regulamentadas. Já as mulheres que por alguma razão não podiam ou não queriam se valer dessa prerrogativa, habitavam pequenos quartos localizados nas proximidades das estações ferroviárias da Luz e Sorocabana, onde surgia uma nova modalidade de prostituição, agora negociada a céu aberto. Tal fato ocorreu, segundo o autor, porque as ferroviárias e os portos eram caracterizados pela passagem obrigatória de grande fluxo de pessoas que, ao migrarem de uma localidade à outra, se estabeleciam temporariamente em suas adjacências pela facilidade de mobilidade e pela proximidade das regiões centrais. Com isso, Joanides¹³ infere que, atrelada à figura de estigma da “mulher da vida”, havia a representação masculina do malandro, ou seja, daquele que se valia de sua atividade ilícita ligada à prostituição – como no caso dos rufiões e dos exploradores do lenocínio. Isso abriu precedentes para que outros modos de delinquência aderissem aquele modo de vida territorializado e fossem a gênese de inúmeros conflitos. Com a dispersão da prostituição para

outros locais, a presença dessas substâncias – antes figurante – começa a se destacar, aos poucos ganha contornos e se torna protagonista de uma nova dinâmica urbana.

A circulação e o comércio de muitas substâncias nas regiões centrais ocorreram a partir de um grande fluxo de pessoas que se deslocavam dos bairros mais afastados para os grandes polos urbanos em busca de melhores oportunidades de vida e de trabalho. A cocaína, por exemplo, se apresentava como uma substância capaz de provocar alterações de consciência que favoreciam a manutenção dos estados de vigília e de atenção, além de ser símbolo do luxo e do *status* social, própria das classes mais elitizadas da sociedade. Se, por um lado, a cocaína foi o apanágio que estava ao alcance das classes mais favorecidas, por outro, – e anos depois – o surgimento de uma substância alternativa derivada e mais acessível como o crack, foi, em um primeiro momento, a personificação da pobreza e por isso usado pelas “camadas mais baixas da população, como os meninos de rua e os mendigos do centro”¹⁹ (p.69).

Assim, é possível ressaltar que com o advento do crack, outras substâncias solventes e inalantes, até então facilmente adquiridas e comumente utilizadas nos espaços públicos – tais como cola de sapateiro, o cheirinho da lolô, o lança-perfume, entre outras – foram perdendo adeptos e passaram a ceder espaço a uma nova e promissora substância que emergia no mercado paralelo: mais barata, de efeito mais rápido e menos danosa em relação à cocaína aspirada ou injetada^{II}.

É consenso entre autores que lidam com o assunto, que as primeiras aparições do crack surgiram nos Estados Unidos na década de 1980, mais

precisamente nas ruas do Bronx, em Nova York, e em seguida chegou no Brasil. Não se sabe ao certo como e nem por intermédio de quem – e ainda se configura um mistério os porquês – a substância ter se instalado, em princípio, na periferia da região leste da cidade de São Paulo. No entanto, há algumas hipóteses. De acordo com Escohotado⁹, uma das possíveis razões que teriam sido propulsoras da gênese do crack na América Latina

“Deriva de restrições à disponibilidade na América Latina de éter e acetona – substâncias imprescindíveis para transformar a pasta base em cloridrato de cocaína – seguindo diretrizes da DEA norte-americana, logo apoiadas pela ONU. Já antes de a autoridade internacional se decidir a entorpecer o uso destes precursores, nos países produtores de cocaína era tão custoso obter e armazenar éter e acetona como folhas de coca. Bastou estorvar ainda mais sua obtenção para que começassem a exportar pasta base, e o picaresco mercado negro norte-americano fez o resto. O crack é um efeito da guerra à cocaína, e concretamente das medidas tomadas contra os dissolventes necessários para sua purificação”^{9,III} (p.182).

Tudo indica que as principais causas foram as barreiras formadas contra países, como a Bolívia, no que tange à importação brasileira da coca e a necessidade indispensáveis de instalação de refinarias em outras localidades. Não se pode determinar a veracidade total dos dados trazidos por Uchôa¹⁹, todavia, é interessante

^{III} Tradução livre: “Deriva de restricciones a la disponibilidad en Latinoamérica de éter y acetona – sustancias imprescindibles para transformar la pasta base en cloridrato de cocaína – siguiendo directrices de la DEA norteamericana, luego apoyadas por la ONU. Ya antes de que lá autoridad internacional se decidiera a entorpecer el uso de estos precursores, en los países productores de cocaína era tan costoso obtener y almacenar éter y acetona como hojas de coca. Bastó estorbar aún más su obtención para que empezaran a exportar pasta base, y la picaresca del mercado negro norteamericano hizo el resto. El crack es un efecto de la guerra a la cocaína, y en concreto de las medidas tomadas contra los disolventes necesarios para su purificación⁹ (p.182).

^{II} Isto porque, desde o seu surgimento até o presente momento, não se tem notícias ou indícios de casos de óbito por overdose de crack, e problemas respiratórios que eventualmente foram diagnosticados, não se divergem dos comumente apresentados por usuários de quaisquer substâncias fumígenas legalizadas, como o tabaco.

considerar o fato de que seus argumentos seguem no mesmo sentido:

“A pressão policial no início dos anos 80 para identificar os laboratórios de refino de cocaína que começavam a se instalar em algum dos pontos dos Estados Unidos forçaram os traficantes a “terceirizar” a função de refino com grupos de outros países. O crack teria surgido no momento de maior pressão da polícia e de maior dificuldade para exportar a massa, por exemplo, para o México e Peru. A solução foi “trabalhar a massa” que estava parada para não perder dinheiro. Assim, a criação do crack teria sido motivada por esses fatores: grande quantidade de pasta-base e dificuldade de manda-la para o refino, trabalho que necessita de estrutura especializada”¹⁹ (p.37).

De acordo com o autor, o irromper do crack surgiu, tanto pela própria questão da proibição da circulação de insumos para o refino da cocaína no exterior – tais como éter e acetona –, quanto pela questão econômica e de mercado, já que o crack necessita de insumos disponíveis e de fácil manejo, o que torna o produto mais acessível ao usuário.

A rota do crack no contexto brasileiro demonstra como ocorreram os deslocamentos da substância ao surgirem e migrarem da Zona Leste da cidade de São Paulo para o Centro da cidade. Sabe-se que ao chegar ao Brasil, o crack teria desembarcado na cidade de São Paulo, mais precisamente nas regiões periféricas abrangidas pela Zona Leste, em bairros como São Mateus, Cidade Tiradentes e Itaquera. Outros bairros como Parque São Lucas, Itaim Paulista, Jardim Romano e Jardim das Oliveiras, também foram contemplados. A consolidação do mercado do crack nessas regiões periféricas ocorreu em um momento de construção e equalização das questões pautadas no plano democrático. Porém, a despeito do diagrama da democratização crescente e dos processos de regulação dos homicídios nas

favelas, a maior violência era institucional, produzida através das chacinas praticadas pelas polícias que encontravam suas vítimas preferenciais nas “rodinhas de consumidores”.

Contudo, sabe-se também que o advento do crack foi um elemento desestabilizador de um mercado em consolidação e é notório, ainda hoje, que não há mercado de drogas sem que haja proteção ou interesse policial. Assim sendo, trata-se apenas um recorte horizontal no plano micro que dialoga com todas as formas de corrupção que assolam o país verticalmente no plano macro.

Em pouco tempo, os grandes fluxos migratórios e deslocamentos espaciais das periferias para o centro de São Paulo – enquanto processo de fuga dos incontáveis assassinatos que ocorriam constantemente nessas regiões periféricas – resultaram na territorialização da então denominada “terra do crack”, ou “Cracolândia”, pois um aglomerado de pessoas se apropriando dos centros e das grandes avenidas inspirava mais segurança e, conseqüentemente, maior visibilidade, sobretudo porque as chacinas das periferias eram ignoradas ou omitidas e, caso possíveis assassinatos viessem a ocorrer no “fluxo”^{IV} estabelecido nas regiões centrais, teriam maior visibilidade. Além disso, também facilitaria a obtenção das mais diversas substâncias devido ao circuito estabelecido pelo tráfico no local, assim como os acertos valiosos que permitem o funcionamento do mercado por intermédio de relações alimentadas pela ilegalidade mantida pelos próprios agentes do Estado^V. Demarcada inicialmente nos arredores das ruas Guaianazes, Triunfo e Vitória, bem como em alguns trechos das avenidas Cásper Líbero, Duque de Caxias e

^{IV} Na gramática utilizada nas ruas, é uma maneira de fazer referência ao aglomerado de pessoas que se estabelecem ou se deslocam nos espaços compreendidos pela Cracolândia.

^V Acertos valiosos que permitem a funcionalidade do mercado, tais como a compra de arrego e suborno, que se consubstanciam em uma mescla que envolve a gestão do Estado e a gestão do crime, voltadas a uma delimitação e circunscrição espacial.

Ipiranga, além de outras extensões, como a Santa Cecília e a Baixada do Glicério, a Cracolândia é, atualmente, a região de maior concentração de consumidores de crack e está localizada hoje, entre a Rua Helvétia e a Alameda Dino Bueno, também no entorno da Rua dos Gusmões, Rua Apa e baixos do viaduto do Minhocão. Assim, adere às dinâmicas da metrópole e é cerceada pelo tripé proteção-cuidado-controle, que permeiam tanto o contexto das vivências dos usuários, como dos diversos atores que assombram e interferem no meio, como se estivessem envolvidos em uma missão de caça às bruxas contemporânea. Interessante mencionar os relatos trazidos por Taniele Rui¹⁶:

“...a tensa convivência com as diversas polícias (civil, militar, guarda metropolitana e até seguranças privados. São apenas uma breve parcela de uma série de outros atores sociais que, cada um a seu modo, também assombram, circundam e constituem toda a região. A lista segue: moradores do local, das imediações e das pensões, comerciantes e frequentadores do bairro, transeuntes, trabalhadores dos arredores, profissionais da imprensa, estudantes realizando os mais diversos trabalhos de conclusão de curso (inclusive eu), membros de várias instituições religiosas, fiscais da prefeitura, associações civis de moradores e comerciantes, ONGs, grupos de artistas e suas intervenções, ativistas, urbanistas, movimentos sociais de luta por moradia, defensores dos direitos humanos, serviços públicos de saúde e de assistência, PCC, interesses político-eleitores, construtoras imobiliárias, investidores internacionais”¹⁴ (p.221).

Sem considerar o sofrimento social nem as mais diversas configurações da formação dessas “manchas” urbanas, inúmeras intervenções de caráter higienista e de contenção foram realizadas para desocupar esses espaços públicos de

uso, movidas, geralmente, por interesses de caráter político-econômico, a fim de promover uma reforma urbana para “revitalizar” a cidade:

“É a tentativa de resolver, através da reforma do espaço em questão, um problema antigo do uso do espaço público dessa área, ou seja, a grande concentração de usuários de crack, de população de rua e de atividades ligadas ao tráfico de drogas e à prostituição – todas elas questões sociais. Em suma, usa-se da intervenção e da reforma urbana para resolver uma “questão social”¹⁴ (p.227).

Com isso, sabe-se que vários projetos encaixados pela Prefeitura de São Paulo e pelo Governo do Estado de São Paulo, que visavam à expulsão de moradores da região, não se preocupam com a situação dos usuários em si – que, na verdade, “importam pouco” – mas, com a utilidade econômica do território, por intencionarem a valorização da região a fim para ser explorada por grandes incorporadoras, construtoras e pela especulação imobiliária de um modo geral. Assim, iniciou-se uma série de intervenções eivadas de violações de direitos humanos visando à desocupação e a desobstrução da Cracolândia e seus arredores.

Em 2009, o “Projeto Ação Integrada Centro Legal”, teve por objetivo acabar com o tráfico e “tratar” os usuários, contando, para tanto, com ações de agentes de saúde, agentes sociais e agentes do Estado, como a Polícia Militar e a Guarda Civil Metropolitana – que abordavam e revistavam os usuários, detinham-nos caso não possuíssem documentos e cometiam atos de violência forçando a dispersão para outras regiões^{VI}. A operação perdurou até 2012.

^{VI} Sabe-se que, dentre outras práticas, as polícias tinham o hábito de jogar as viaturas sobre grupos de usuários para forçar que se deslocassem para as ruas adjacentes, e então, seguindo-os, jogavam as viaturas contra os grupos novamente, para que voltassem a se dispersar. E o faziam o tempo todo, no intuito de não permitir que ficassem parados nas ruas por muito tempo, como quem brinca de “gato e rato”.

No mesmo ano, deu-se início à “Operação Sufoco” (ou “Operação Dor e Sofrimento”), que foi a mais violenta até então, marcada por forte truculência e repressão policial, internações involuntárias e compulsórias, sendo denunciada por grave violação de direitos humanos. Diferentemente do projeto de 2009, a reação dos usuários frente a esta operação resultou em uma resistência territorial muito maior.

Em 2013, iniciativas diferentes foram implementadas para lidar com a questão. De um lado, pelo Governo do Estado, o “Programa Recomeço”, que dispõe de atendimento estruturado para usuários, porém utiliza de uma proposta sanitaria que envolve altas exigências, visando o combate e a abstenção ao crack. De outro, pela Prefeitura, o “Programa de Braços Abertos”, implementado a fim de desenvolver uma proposta diferente das anteriores, através de intervenções que não violem direitos, permitindo que os usuários pudessem frequentar os serviços livremente e com baixas exigências quanto ao uso do crack. No entanto, este programa careceu de verbas e os serviços oferecidos são bastante precários.

Portanto, a “preocupação” exacerbada com a presença de usuários de crack nas ruas do centro, não é da ordem da integração, mas da contenção; procura evitar que a territorialização dessa área transborde para outras regiões da cidade e atinjam outros setores, pois, como é sabido, atualmente o crack já não é privilégio das classes baixas da sociedade. Assim:

“Outro aspecto que condiciona essa temporalidade refere-se aqui tanto a uma temporalidade de uso, como a uma territorialidade urbana que é a todo momento, ocupada e desocupada, empreendida e destruída pela ação da polícia e dos funcionários do Estado, particularmente os da remoção e limpeza urbana. Além desses, outros agentes sociais e da saúde passam a interpelar diariamente os

usuários em seu campo, agindo por “representação” das políticas do Estado e do Município que ali marcam seu território de atuação a partir de agentes que muito pouco tem a oferecer aos usuários a não ser a ideia abstrata de sair dali e propor tratamento. É também característico desse espaço a intensa mobilidade, com pessoas chegando a saindo a todo tempo, mas também com a existência de pessoas que ali vivem, nos prédios ou na rua há muito tempo”¹ (p.07).

O “incômodo” gerado pela permanência da população usuária de crack nesses locais públicos fere uma série de interesses – quais sejam, entre outros, os de ordem político-econômica, de Estado, médico-sanitária e jurídico-penal – e se apoia em um não direito a ter direitos, havendo, de um lado, incontáveis tentativas de remanejamento compulsório de caráter higienista, eugênista e segregatório que busca reduzir a autonomia dos usuários ao máximo a fim de exercer o controle e a disciplina sobre eles – e, de outro, a autodeterminação dos usuários para formar e manter essas “manchas” urbanas, através da luta pelo espaço e pela apropriação da cidade – com a ocorrência de diferentes deslocamentos, de novas chegadas e de outros retornos.

De acordo com Marco Segre¹⁷, a ética pode ser considerada como um ramo da filosofia que compreende a possibilidade de cada ser humano se posicionar individualmente frente às mais diversas situações passíveis de estudo ético, onde a questão que envolve o uso de psicoativos está inserida. Tal conceito de ética, segundo o autor, se contrapõe ao conceito de moral – que resulta em juízos de valor estabelecidos pela sociedade que implicam obediência, ou seja, trata-se de uma oposição que exclui a autonomia crítica do indivíduo.

A existência de uma moral no cenário de usos de crack reforça a ideia de potência da vida inserida nas dinâmicas frenéticas do fluxo: o

quanto os usuários querem e conseguem permanecer vivos – apesar de todo o contexto que envolve as dinâmicas sociais, como a criminalização da pobreza, a precariedade e a vulnerabilidade – e como essas composições “negativas” se desconstroem ao longo do tempo. Diz-se que os usuários, de um modo geral, são desprezados pelo crime; são pessoas deslocadas, que transitam o tempo todo e que passam a vida sendo institucionalizadas, circulando entre as instituições e a rua. Mas é preciso lembrar que são seres humanos que, como quaisquer outros, possuem direitos e deveres que devem ser respeitados.

À parte disso são eles os “bodes expiatórios” para justificar a violência urbana ao mesmo tempo em que demonstram, dia após dia, que a falência do sistema de controle social a muito estabelecido sempre precisará manter uma quimera no imaginário social para assegurar suas demonstrações de força, quer pela hegemonia do Estado, quer pelo paternalismo da medicina. Nesse sentido, Michel Foucault¹¹, menciona que:

“Por muito tempo e ainda em boa parte nos nossos dias, a medicina, a psiquiatria, a justiça penal, e a criminologia ficaram nos confins de uma manifestação da verdade nas normas de conhecimento, e de uma produção da verdade na forma da prova: esta tendendo sempre a se esconder sob aquela e procurando por meio dela justificar-se. A crise atual destas disciplinas não coloca em questão simplesmente seus limites e incertezas no campo do conhecimento. Coloca em questão o conhecimento, a forma de conhecimento, a norma “sujeito-objeto”. Interroga as relações entre as estruturas econômicas e políticas de nossa sociedade e o conhecimento, não em seus conteúdos falsos ou verdadeiros, mas em suas funções de poder-saber. Crise por consequência histórico-política. Seja inicialmente o exemplo da medicina, com o espaço

que lhe é conexo, o hospital. Até pouco tempo o hospital foi um lugar ambíguo: de constatação para uma verdade escondida e de prova para uma verdade a ser produzida”¹¹ (p.197).

O modo como esses usuários são vistos no contexto de um “não lugar” no mundo e de um “não estar” na vida, de gente “em excesso”, se associa comumente ao mal-estar, à eugenia, ao medo e ao perigo, tal como analisado por Zygmunt Bauman²:

“As “classes perigosas” originais eram constituídas por gente “em excesso”, temporariamente excluída e ainda não reintegrada, que a aceleração do progresso econômico havia privado de “utilidade funcional”, e de quem a rápida pulverização das redes de vínculos retirava, ao mesmo tempo, qualquer proteção. As novas classes perigosas são, ao contrário, aquelas consideradas incapacitadas para a reintegração e classificadas como não assimiláveis, porque não saberiam se tornar úteis nem depois de uma “reabilitação”.(...) Hoje a exclusão não é percebida como resultado de uma momentânea e remediável má sorte, mas como algo que tem toda a aparência de definitivo. Além disso, nesse momento, a exclusão tende a ser uma via de mão única. É pouco provável que se reconstruam as pontes queimadas no passado. E são justamente a irrevogabilidade desse “despejo” e as escassas possibilidades de recorrer contra essa sentença que transformam os excluídos de hoje em “classes perigosas”² (p.22-23).

Constantemente se retrata o cenário de uso do crack de forma obscura e vil. Em suma: um palco assustador do que pode resultar esse tipo de “desajuste social” daqueles que se recusam a viver de acordo com os arquétipos ditados por uma moral maniqueísta do senso comum e optam por viver a vida a seu próprio modo. Porém,

existe a realidade criada que constrói e a realidade ignorada que desconstrói esse “cenário tenebroso”. De acordo com Joanides¹³:

“A esfera de vida na qual se movem os desajustados é um mundo à parte, com suas próprias normas e convenções, suas idiossincrasias, concepções e aspirações peculiares – e onde os valores morais inerentes ao homem, por imorredouros, transfiguram-se, transvestem-se, mutilam-se na adaptação aos requisitos do meio. Assim é que ali se faz da sensualidade o simulacro do amor, da notoriedade o substitutivo do renome, da vaidade a contrafação do verdadeiro orgulho, e na associação de interesses escusos é que se vai encontrar o arremedo da amizade”¹³ (p.28).

Nas palavras de Rui, o território compreendido pela Cracolândia pode ser caracterizado por um “lugar degradado” e também de degrado¹⁶ (p.223). Na verdade, é um território itinerante, mas também um espaço de acolhimento e de trocas: trocas de afeto, de sentimentos, de histórias, de vivências; que fazem da Cracolândia além de uma sociedade funcional, uma terra de oportunidades^{vii}:

“O espaço dessa “mancha” urbana nos foi aparecendo como um local em que ocorria um intenso sistema de trocas. Trocas de objetos, alimentos, bebidas, drogas e também de afetividades, sexualidades, emoções. Esse território de trocas se enraizava nos circuitos de rua e de fluxos com as periferias da cidade e com a antiga ocupação da região,

^{vii} Em pouco tempo de escuta na região, é possível conhecer minimamente uma fração de vida de algumas pessoas que vivem ali. Soube recentemente da história um homem que na década de 90, recém-chegado na cidade de São Paulo, foi acusado e preso por ter “batido” uma carteira nas proximidades da Rodoviária Velha. Ficou preso por anos e, ao cumprir sua pena, não conhecia ninguém na cidade, tampouco tinha para onde ir. Com a única referência que tinha, voltou ao único lugar que conhecia, que era a região da Luz, ponto de chegada de sua cidade natal e onde tudo aconteceu, tendo lá permanecido até então.

tradicionalmente parte da região do baixo meretrício da cidade de São Paulo, um espaço de intersecção das estações de trens e ônibus (em razão de ali ser o local da antiga rodoviária da cidade de São Paulo), bem como pelo comércio vinculado a empresas de transporte – legais e clandestinos – para os Estados do Maranhão e Piauí e para o Paraguai. Assim, entendemos esse espaço no quadro dos chamados “ilegalismos urbanos”, que, por sua vez, repõe em termos locais aspectos das chamadas “cidades globais”, compartilhando com essas os diversos mecanismos e agenciamentos entre o Estado e os mercados paralelos”¹ (p.06).

Essa “mancha” urbana – além da questão territorial – também é caracterizada pela relação de convivência e de respeito entre os usuários, como também pelos signos que caracterizam a interação entre eles e deles com o meio, através de uma moral característica, de uma gramática própria e de determinadas lógicas que são por todos do fluxo compreendidas e que aos poucos, se adequam às previsibilidades e imprevisibilidades cotidianas de cada um. Nas palavras de Cohen e Ferraz⁶:

“O princípio do reconhecimento da dignidade da natureza racional do ser humano, se tomado em sua radicalidade, só é factível ao abrigo de um sistema democrático. Mais do que isso: à medida que este princípio pressupõe a igualdade dos direitos humanos e o reconhecimento de todos os seres humanos como pessoas individuais, já se leva em consideração o respeito pelo minoritário e pelo diferente. Deste modo, a ética das relações caminha da justiça para um ponto ulterior, que é o da tolerância”⁶ (p.48).

Ao contrário do que fora estabelecido pelo alheamento geral da sociedade, sabe-se, por

exemplo, de certas práticas que reforçam a funcionalidade dessas dinâmicas. Pesquisas como as realizadas por Selma Lima da Silva¹⁸, ao final da década de 1990, com usuárias de crack que se prostituíam na região da Luz, demonstraram que, mesmo duas décadas depois, muitas dessas mulheres continuam no fluxo – e vivas. Isso se deve ao fato de que “o consumo do crack, mais do que uma adesão à substância, é uma adesão a uma forma de viver no circuito da rua, onde observa-se a existência de algumas formas – mesmo que incipiente – de cuidados com a saúde e com o corpo dentro neste estilo de vida”¹⁸. Ou seja, apesar de incontáveis intervenções de saúde que ocorrem no local, muitas dessas práticas de cuidado já ocorriam por iniciativa própria, mesmo que aparentemente rudimentares.

Um recorte importante – entre tantos outros – que exemplifica como ocorrem essas interações são as dinâmicas que envolvem os cachimbos. Não se trata simplesmente de um cachimbo, mas de toda uma lógica a sua volta: a preferência e o modo de como ocorrem as confecções dos diferentes tipos, seu uso e seus contextos de uso são também um importante indicativo de uma pragmática do fluxo, desde os mais primitivos – como os criados a partir de potes de iogurte – aos mais sofisticados e que demandam o domínio de certas artes – como os feitos de cobre. Entretanto, antes de qualquer coisa, os cachimbos são, além de uma estratégia de sobrevivência, um meio de integração com quem está no fluxo e uma ponte com quem está fora dele. Uchôa¹⁹ traz alguns exemplos:

“Os que eram apresentados à droga a fumavam em cachimbos feitos com pedaços de antena de carro, bocal de lâmpada, copos de iogurte e água mineral (...) A maneira de fumar crack é curiosa, rudimentar. Os cachimbos são improvisados com potes de iogurte, por exemplo. Na metade do pote é

introduzido um tubo, canudo. Embaixo, um pouco de água. O pote é recoberto com papel laminado perfurado. A pedra de crack é colocada sobre os furos do papel para ser queimada junto com as cinzas de cigarro. Aspira-se a fumaça que desce para o interior do pote. Esse é o sistema tradicional, adotado pelos viciados americanos. Algumas pessoas preferem fumar a pedra direto num cachimbo. Neste caso, a fumaça, não concentrada, evapora-se com facilidade. Outros acoplam cachimbos tradicionais a recipientes improvisados onde possa ser possível colocar um pouco de água para concentrar mais a fumaça. Esse sistema é o mais usado na periferia e no Centro de São Paulo”¹⁹ (p.54).

Dessa forma, o cachimbo também é uma forma de integração, pois há troca de informações que variam desde a compra de insumos e sua confecção, até a discussão sobre o melhor cachimbo a ser fumado, saberes que são passados de pessoa para pessoa, do mais novo ao mais velho. É possível encontrar, também, nas narrativas de Rui¹⁶, alguns relatos sobre como certos espaços de consumo podem ser identificados não somente pelas pessoas que ali comumente frequentam, mas também, pela observação dos objetos e insumos deixados no local. Além disso, o autor relata que os cachimbos, em determinadas ocasiões, também servem de objeto de troca com valor de mercado. Assim:

“Com folha de alumínio, isqueiro cortado ao meio, cano de PVC, porcas de parafuso, sacolas plásticas, pedaços de bambu, de antena de rádio ou de guarda-chuva, é possível fazer um recipiente que, ao receber uma base, em muitos casos protegida por um papel alumínio picotado com algum material cortante, está pronta para que o pó de crack, ou a pedra inteira, se misture às cinzas de

cigarro. O uso de latas de refrigerante ou embalagens de iogurte também é comumente observado. A territorialidade de uso importa aqui porque, quando o cenário não possibilita a feitura desses objetos, o cachimbo se torna mercadoria. Na região mais pública da “Cracolândia”, cachimbos são fabricados e vendidos por alguns comerciantes do local, por comerciantes de drogas, que fazem a venda casada da pedra com o cachimbo, e por outros usuários¹⁶ (p.338).

Portanto, a Cracolândia pode ser pensada como um espaço público onde diferentes atores interagem, de modo que, dentro deste, compreende-se ainda um espaço privado com regras e dinâmicas próprias. Portanto, atrelado ao cachimbo, há uma questão ética do uso e de outras práticas que envolvem certas gramáticas e simbologias próprias do “fluxo” – enquanto espaço privado – que se inter-relacionam – ainda que indiretamente – com o meio compreendido pelo espaço público. Desta forma, na perspectiva de Cohen e Ferraz⁶, poderia se compreender como um deslocamento dos direitos humanos para uma ética das relações aprendida por todos os indivíduos que desejem se relacionar. Para Adorno¹:

“Outros comportamentos eram a manutenção de certa “etiqueta” que se diferenciava entre uma regra “moral”: camuflar o cachimbo e não fumar crack na presença de “famílias”, isto é, casais ou adultos acompanhados de crianças; o que era anunciado com um aviso “Olha a família”, “Olha o anjo”, repassado boca a boca pelo espaço em que a “família” passava. A “etiqueta” social era aplicada em relação aos atores externos que ali entravam para abordá-los: agentes de saúde, agentes sociais, jornalistas e nós mesmos, os pesquisadores, isso significava pedir licença para fumar durante a conversa e não soltar a fumaça na cara das pessoas”¹ (p.10).

Nenhuma linguagem hegemônica tem a prerrogativa de subtrair o caráter ético e político das relações humanas e de suas circunstâncias – sejam quais forem –, nem de demarcar os limites de autodeterminação do sujeito ético, já que, pela definição de Cohen e Ferraz⁶, é “aquele indivíduo que pode reconhecer os conflitos que representam o significado de estar no mundo, sendo que é a resolução destes que o permitirá autodefinir-se”⁶ (p.39). Assim, assumir tal postura é retroceder a desdobramentos vazios que envolvem nada mais do que objeto conhecedor e objeto conhecido: uma estratégia de poder, disciplina e dominação. De acordo com Marco Segre¹⁷,

“Não serão mais colegiados de médicos ou de juizes (ou de qualquer outro grupamento corporativo) que haverão de decidir sobre matérias que dizem respeito aos aspectos mais íntimos da vida de cada ser humano. São eles, somos nós, todos os seres humanos, atuando como sujeitos (e não como objetos) de nosso destino, que vamos nos manifestar sobre o que considerarmos adequado ou inadequado, construtivo ou destrutivo, para o nosso convívio em sociedade”¹⁷ (p.27).

Da invisibilidade social à autonomia

É necessário compreender que as substâncias psicoativas estão presentes na sociedade e em diferentes camadas sociais, onde o crack – enquanto bode expiatório e objeto de discrepâncias entre discursos e práticas – é um exemplo de como as manobras se voltam, sobretudo, aos usuários mais facilmente identificados nos espaços públicos e que “incitam” um pânico geral, sendo, portanto, mais suscetíveis à ideia de uma “não autonomia” que demanda diferentes modos de intervenção, tais como as médico jurídicas – principalmente quando se trata das internações forçadas – e as realizadas por terapeutas “leigos”

e que visam a uma “conversão” do usuário a alguma religião abstêmia ou à alguma espécie de sistema terapêutico de abstinência total e universal.

A invisibilidade social do usuário de crack perdura até o momento em que a presença dele e de seu grupo de referência começa a causar um mal-estar pelos estigmas que estão constantemente associados à ideia de sujeira, encrenca e sordidez: a única face da moeda em que as mídias se empenham em mostrar e o único momento em que os usuários aparecem tendenciosa e socialmente visíveis. Em entrevista^{VIII}, quando questionada sobre quem seriam as pessoas “invisíveis”, Adela Cortina declara:

“São as totalmente marginalizadas pela sociedade. Não possuem carteira de identidade, nem domicílio reconhecido... As populações tentam ocultar-lhes ou porque são pobres; ou porque são doentes; ou quando julgam que não tenham nada de interessante a oferecer a elas, as sociedades; ou porque a vida lhes relegou o papel de “insignificantes”. Existe um número enorme de cidadãos esperando para passar da invisibilidade a visibilidade (...) O restante da humanidade deveria se esforçar para contrariar os interesses dos que buscam condenar alguns à sombra. Para que os “invisíveis” consigam se estabelecer como pessoas, a primeira providência seria apoiá-las na concretização de suas necessidades essenciais de sobrevivência, como o comer e o vestir-se. Mas os passos mais importantes vêm depois, e consistem em enxergá-los e transferir poder a eles para que consigam, por si, controlar dignamente as próprias vidas”⁵ (p.18).

De acordo com Sigmund Freud¹², “Logo notamos que a coisa mais inútil, que esperamos ver

apreciada na civilização, é a beleza. Exigimos que o homem civilizado venere a beleza, onde quer que ela seja na natureza, e que a produza em objetos, na medida em que for capaz de fazê-lo”¹² (p.37). Assim, o autor menciona que a sujeira parece inconciliável com a civilização e que a ordem, tal qual, é determinada pelo ser humano como uma “espécie de compulsão de repetição”¹² (p.38), que estabelece quando, onde e como algo deve ser feito. Ou seja, um modelo padrão formado a partir de juízos valorativos do “dever ser”.

Assim, quando determinados grupos não se adequam a esses arquétipos de belo, saudável e funcional, o biopoder se estabelece de diferentes maneiras na socapa da ordem para reclamar a “legalidade” sem questionamentos no controle dos corpos e na produção de uma verdade absoluta que precisa ser mostrada, ainda que seja só uma face dela. É, nada mais, do que um modo de exercer o poder disciplinar para gerir de alguma maneira os “desajustados sociais” e, assim, dissimular resultado sobre uma verdade que, de acordo com Foucault¹¹, não é a verdade que é, mas aquela que se dá.

Contudo, sabe-se que tais demandas são mais sociais do que específicas, o que desconstrói a ideia da “não autonomia”, a partir do momento em que o usuário tem autodeterminação para participar ativamente da sua própria vida, mesmo que a seu próprio modo, e ninguém pode dizer que está fazendo isso errado.

Historicamente, a dominação do homem pelo homem na relação conquistadores-conquistados ocorre através dos mais diversos modos de demonstrações de força, onde as internações se destacam porque são sempre um exercício de poder inquestionável, capaz de considerar arbitrariamente os elementos apropriados para o confinamento sempre que houver um “desvio” do normal padrão. A ética é uma questão essencialmente humana, onde a noção de bem e mal, certo e errado

^{VIII} Entrevista cedida por Adela Cortina ao Centro de Bioética do Conselho Regional de Medicina de São Paulo – CREMESP - após conferência proferida no VII Congresso de Bioética.

exerce um papel importante nos dilemas que permeiam a vida: de um lado, pode-se questionar se o usuário de crack tem direito de exercer sua autonomia para optar pelo tratamento que deseja; de outro, se o médico tem o dever de tratá-lo involuntária ou compulsoriamente. De acordo com Cohen e Ferraz⁶, quando se trata de ética das relações, é necessário considerar o acesso ao “outro” e o mínimo de identificação com ele na condição de um ser racional tal qual o próprio eu, compreendendo-o também como um fim em si. Contudo, a liberdade de um homem é ameaçada a partir do momento em que se estabelece sobre ela a liberdade de outros homens, a fim de manter a ordem e a disciplina. Assim, nas palavras de Richard Bucher⁶:

“De fato, desde o século passado, a toxicomania circula entre a medicina e a justiça, tornando-se objeto de uma atenção tanto solícita quanto inócua porque totalmente inoperante na tentativa de pôr diques à sua expansão. Rotulada quer de doença, quer de delinquência, ela suscita querelas de competência entre médicos e juristas, resultando em propostas inadequadas e ineficazes; assim, a medicina associa a toxicomania ao vício, psiquiatrizando o consumo de drogas mas estimulando, simultaneamente, a produção de novos produtos psicotrópicos que rapidamente se infiltram na caixa de Pandora do usuário de drogas; a justiça, por sua vez, introduz a distinção entre drogas legais e ilegais e preconiza a repressão do uso e a indicação do usuário, mas não consegue sustar, pelos mecanismos jurídicos habituais, o aumento do consumo”⁶ (p.202).

Portanto, as internações forçadas^x são uma forma de “aprisionamento terapêutico” que têm a manutenção da ordem social como denominador

comum com o “aprisionamento criminal”, pois visa ao bem-estar da coletividade, porém, com apenas um detalhe capaz de diferir um do outro: no primeiro caso, o indivíduo não tem a possibilidade de lutar pelos seus direitos como o tem, em prerrogativa, no segundo caso – que pode vislumbrar, ainda que tardiamente, a sua liberdade. Para Stuart Mill¹⁴,

“À parte dos dogmas peculiares de pensadores individuais, há também no mundo como um todo uma crescente inclinação a exagerar indevidamente os poderes da sociedade sobre o indivíduo, tanto pela força de opinião quanto até mesmo pela força da legislação; e como a tendência de todas as mudanças acontecendo no mundo é de reforçar a sociedade e diminuir o poder do indivíduo, esta invasão não é um dos males que tendem a desaparecer espontaneamente, mas, ao contrário, crescer cada vez mais terrível”¹⁴ (p.32-33).

Assim, quando há um desequilíbrio entre a determinação para assegurar a autonomia pessoal e o autocontrole para proteger a autonomia do outro, desloca-se o caráter ético das relações humanas para uma tecnificação dos problemas éticos, onde os problemas humanos passam por um juízo moral que os substitui por problemas técnicos especializados e suscetíveis de soluções profissionais, sobretudo em relação a questões de caráter médico jurídico, onde as internações forçadas são um exemplo. Ao tratar da soberania e da disciplina no que tange à medicina e ao direito, Foucault¹¹ pontua:

“É precisamente com a medicina que observamos, eu não diria a combinação, mas a permuta e o confronto perpétuos dos mecanismos das disciplinas com o princípio do direito. Os desenvolvimentos da medicina, a medicalização geral do comportamento, dos discursos, dos desejos etc. se dão onde os dois planos heterogêneos da disciplina e da soberania se encontram”¹¹ (p.294).

^x As internações “forçadas” são identificadas aqui como as involuntárias e compulsórias, uma vez que em ambas, está ausente o consentimento do usuário e muito incisiva a sua recusa.

Dessa forma, é possível, a partir dessa premissa, analisar a proposta^x suscitada pelo Projeto de Lei nº. 7663/2010 que pretende alterar dispositivos da Lei nº. 11.343/2006, que trata de políticas de drogas, definindo condições de atenção aos “dependentes de drogas” que sabidamente agravam a condição do usuário; ainda que na referida Lei a medida indicada seja claramente a de prevenção ao uso indevido através de políticas de redução de danos e não de internações. Assim, Projeto de Lei nº. 7663/2010, dispõe:

“Art. 23-A. A internação de usuário ou dependente de drogas obedecerá ao seguinte:

- I. Será realizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM) do Estado onde se localize o estabelecimento no qual se dará a internação e com base na avaliação da equipe técnica;*
- II. Ocorrerá em uma das seguintes situações:*
 - a) Internação voluntária: aquela que é consentida pela pessoa a ser internada;*
 - b) Internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e*
 - c) Internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.*

§1º. A internação voluntária:

- I. Deve ser precedida da elaboração de documento que formalize, no momento da admissão, a vontade da pessoa que optou por esse regime de tratamento; e*
- II. Seu término dar-se-á por determinação do médico responsável ou por solicitação escrita da pessoa que deseja interromper o tratamento.*

§2º. A internação involuntária:

- I. Deve ser precedida da elaboração de documento que formalize, no momento da admissão, a vontade da pessoa que solicita a internação; e*
- II. Seu término dar-se-á por determinação do médico responsável ou por solicitação escrita de familiar, ou responsável legal.*

§3º. A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente^{“4,XI}.

Tal proposta é obscura e institui as internações forçadas como uma forma de contenção e não de tratamento, pois em nenhum dos casos há previsão de permanência máxima, sendo que a liberdade do usuário permanece condicionada à determinação médica – no caso da internação involuntária –, ou do juiz – no caso da internação compulsória –, o que legitima, indiretamente, que o usuário permaneça internado por prazo indeterminado, como ocorre em algumas instituições^{XII}. Desse modo, é possível analisar, ainda, que tal Projeto de Lei absorve os tipos de internações psiquiátricas aplicados pela Lei nº. 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, como se pode verificar:

“Art. 6º. A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

- I. Internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;*
- II. Internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário;*

^x Ressalte-se que os Projetos de Lei não possuem força legislativa. Porém, no caso em questão, as internações ocorrem em consonância com o disposto na Lei nº. 10.216/2001 (Lei de Saúde Mental), mas indiretamente se valem desta Proposta que visa alterar a atual Lei nº. 11.343/2006 (Lei de Drogas) e que atualmente aguarda apreciação pelo Senado Federal.

^{XI} Grifo do autor.

^{XII} Sobretudo, em instituições privadas, cujos valores são altíssimos para a manutenção do “tratamento”. Há relatos e denúncias sobre muitas comunidades terapêuticas que se valem da laborterapia de má-fé, onde se torna um negócio muito lucrativo e que tem como pano de fundo o trabalho análogo ao escravo desses usuários.

III. *Internação compulsória: aquela determinada pela Justiça*^{xiii,15}.

Todavia, apesar de se tratar de um Projeto de Lei – que se vale de mecanismos de uma Lei vigente – no caso, a Lei de Saúde Mental, mas que atende a outras especificidades, como no caso da Lei de Drogas – mesmo não sancionado, já produz efeitos na prática, sendo que, inclusive, não se mostram adequados ao que se propõe, uma vez que essa prática ilegal de promover internações contra a vontade do usuário, além de inconstitucional – porque fere direitos fundamentais e princípios constitucionais – não têm se mostrado adequada para os usuários, sobretudo àqueles que não podem, não conseguem ou não querem interromper o uso da substância, sobretudo do crack.

De acordo com Claudio Cohen e José Álvaro Maques Marcolino⁷, a autonomia deve ser entendida tanto como um princípio filosófico quanto uma ação humana e que remete a noções como a de autogoverno, liberdade de direitos e de escolha individual, de modo que seu exercício prescinda do reconhecimento de sua existência, de capacidade para exercê-la e de elementos que permitam uma opção. Ou seja, considerando que a bioética se fundamenta no tripé autonomia-beneficência-justiça, o usuário que decide por continuar a fazer uso de sua substância, recusando-se, portanto, a aderir a propostas de tratamento que prescindam de internações, pode ser considerado um sujeito autônomo dentro das suas especificidades, enquanto parte ativa das dinâmicas que ocorrem nos cenários de uso de crack, sobretudo nas conhecidas “zonas de tolerância”, como é o caso da Cracolândia, não podendo ser objeto de uma medida segregatória que visa higienizar a cidade sem promover saúde

para essas minorias. Nesse sentido, Paulo Antonio de Carvalho Fortes¹⁰, seguindo o pensamento rawlsiano, verifica que:

“Não é a magnitude da população que deve ser a orientadora das ações, como seria em uma orientação maximizadora de benefícios, mas sim as necessidades dos mais desfavorecidos. Assim, a saúde global orientada pela equidade deveria ser desenvolvida no sentido de eliminar ou, ao menos, reduzir ao mínimo possível as desigualdades desnecessárias, evitáveis e injustas, que existem entre grupos humanos com diferentes níveis sociais”¹⁰ (p.121).

Portanto, é relativa à questão que versa sobre o discernimento ou sobre o poder de decisão do usuário a partir do juízo de valor alheio, incumbindo a aquele a decisão de aceite ou de recusa pelo tratamento que não é proposto, mas imposto, quer por força de um paternalismo médico ou de uma hegemonia jurídica, uma vez que a livre decisão cabe ao usuário sobre a sua pessoa ou seu bem-estar. Assim, segundo Cohen e Marcolino⁷, por exemplo, o tratar um paciente sem o seu consentimento é um comportamento descrito como paternalista:

“A justificativa de uma conduta paternalista sempre se fundamenta nos princípios da beneficência e da não-maleficência. No sentido mais geral, um princípio de beneficência ou de não-maleficência requer que se favoreça a execução, por outras pessoas, dos seus interesses importantes e legítimos, e que não causem dano a outro. A questão atual é delimitar o que venha a ser beneficência e para quem se está sendo beneficente (...) O paternalismo é um comportamento impositivo da prática médica. O comportamento paternalista é um problema de difícil avaliação, de quando e quanto ele se justifica, sendo o cerne de muitos problemas éticos”⁷ (p.58).

^{xiii} Grifo do autor.

Contudo, quando se trata das internações forçadas – assim compreendidas as involuntárias e as compulsórias – a noção de beneficência e de não-maleficência é obscura, pois é inconcebível que uma pessoa que foi submetida a internações involuntárias ou compulsórias por mais de dez vezes possa ter sido suscetível de uma beneficência ou de uma não-maleficência, principalmente quando, no lapso temporal entre uma e outra, o indivíduo tenha retornado às ruas com as mesmas vulnerabilidades que possuía antes, além de uma carga de estigma a mais, como geralmente ocorre^{XIV}. Considerar o uso do crack como uma “anormalidade”, onde a resistência dos usuários em apropriar-se da cidade se torna um símbolo de perigo e ameaça à coletividade e não de proteção e preservação de um grupo de referência, significa ignorar que o estigma que os envolvem adoece muito mais. Nesse sentido, Lívia Maria Armentano Koenigstein Zago²² argumenta que os limites da ciência entre o acaso e a escolha devem considerar a dignidade da pessoa humana, a razoabilidade e o respeito. Assim:

“Paralelamente a todo o desenvolvimento científico e tecnológico do nosso admirável mundo novo, o fenomenal mundo selvagem se perpetua. Tal fato ocorre por diversas razões, ou seja, pela falta de humanismo e sensibilidade dos poderosos, pela desídia dos Estados, em todo o mundo e em todos os níveis, que infligem ao ser humano, sobretudo aos mais pobres, opressão, tortura, humilhação, o mais profundo desrespeito à dignidade da pessoa humana. Os mais pobres são carentes do

^{XIV} Não é incomum que os usuários que foram submetidos a internações forçadas por diversas vezes sejam reconhecidos tanto nas instituições como nos serviços de saúde – ainda que entre eles não haja qualquer relação, uma vez que, na maior parte das vezes, ocorrem internações em lugares diferentes, fora da cidade ou até mesmo do Estado. Além disso, é sabido que mesmo entre os próprios usuários que estão no fluxo, aquele que já foi institucionalizado, se destaca por utilizar – até inconscientemente – uma gramática e hábitos muito particulares desses lugares. Um exemplo clássico que pode ser suscitado é o caso de usuários que “decoram” as doze tradições do Narcóticos Anônimos (N.A.).

mínimo que o desenvolvimento pode oferecer para minorar suas aflições, pois uma vez que existem os benefícios da modernidade, não se admite voltar sem ofensa a um mínimo ético de decência. Perpetua-se também para a manutenção das maravilhas do mundo selvagem. Com a negação à impossibilidade total, do respeito às diferenças físicas, psíquicas e sociais de cada um, do respeito aos costumes, do senso de pertença à comunidade, à família, à etnia. À música local, à língua, ao dialeto, às vestimentas, à culinária, junto, certamente, com a Utopia!”²² (p.135-136).

Submeter uma pessoa a uma internação da qual não consente e, inclusive, se recusa, além de subtrair sua autonomia e seu direito de decidir, mostra-se muito mais como uma hostilidade do coletivo em detrimento do individual do que como um dever médico ou jurídico. Assim sendo, se por um lado, o aprisionamento revestido de internação aparenta ser uma boa e razoável medida que tem por finalidade a saúde mental do usuário e a consequente proteção da comunidade, certamente não assume esse papel para cada um desses usuários, sobretudo porque não há violação de qualquer lei criminal para que se justifique, independentemente dos sinônimos utilizados com potencial terapêutico – “confinamento”, “aprisionamento”, “custódia”, “proteção”, “internação” – mas sim, uma nova socapa dos malefícios passados com o propósito de introduzir benefícios contemporâneos.

O Código de Ética Médica⁸ garante ao paciente o exercício do direito de decisão sobre si mesmo e veda ao médico valer-se de sua autoridade a fim de cercear esse direito. Assim,

“Art. 24. Deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo.
(...)

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte^{8,XV}.

Desta forma, não se pode considerar que a privação de liberdade atende aos melhores interesses do usuário, quer passivamente - por “deixar” de garantir seus direitos – ou ativamente – como no “desrespeitar” o direito do paciente. A “Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos”²⁰ tem como um dos seus objetivos principais, “promover o respeito pela dignidade humana e proteger os direitos humanos, assegurando o respeito pela vida dos seres humanos e pelas liberdades fundamentais, de forma consistente com a legislação internacional de direitos humanos”²⁰. Entre os principais princípios, destaca-se:

“Art. 3. a) A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser respeitados em sua totalidade.

b) Os interesses e o bem-estar do indivíduo devem ter prioridade sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade.

(...)

Art. 6. a) Qualquer intervenção médica preventiva, diagnóstica e terapêutica só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido do indivíduo envolvido, baseado em informação adequada. O consentimento deve, quando apropriado, ser manifestado e poder ser retirado pelo indivíduo a qualquer momento e por qualquer razão, sem acarretar desvantagem ou preconceito^{20,XVI}.

É inconcebível que, a despeito de positivas tantas garantias de direitos, ainda prevaleça

que um Estado hegemônico e uma medicina paternalista subjuguem o direito do usuário de decidir pelo modo menos hostil para lidar com seu corpo, sua mente, suas vulnerabilidades; mesmo quando a própria lei estabelece métodos com maior chance de aderência pelo usuário, exatamente pela não imposição da abstenção total e universal à substância, mas por iniciativas alternativas que visem a promover o seu empoderamento e a sua autonomia através de uma forma de uso consciente – uma vez que existe a possibilidade de que esse uso não deixe de ocorrer – e que seja capaz de minimizar em grande parte os riscos e os danos decorrentes de um uso que, embora possa ser nocivo ao indivíduo, não ultrapassa a esfera da autolesão, ou seja, carece de potencial para atingir a terceiros.

Nesse contexto, as estratégias de redução de danos se mostram como alternativas viáveis e que obedecem a uma ética que, ao invés de delimitar o usuário, fornece condições para que possa autodeterminar-se.

Considerações finais

Em síntese, compreende-se que muitas sociedades reafirmaram sua identidade cultural vivenciando diferentes experiências através do uso de alguma substância psicoativa. Com o avançar do processo civilizatório e das constantes mudanças sociais, houve uma ruptura com essas dinâmicas, onde todas as condutas consideradas incógnitas eram reputadas como nefastas, estabelecendo-se, então, uma moral onde cada indivíduo deveria sujeitar-se ao arquétipo da sociedade da qual fosse parte integrante, a fim de que a ordem social e o controle dos corpos fossem mantidos. Assim, o Estado de Bem-Estar Social foi substituído pelo Estado de controle, onde as normas sociais da vida cotidiana passariam a obedecer a determinadas condições “desejáveis”

^{XV} Grifo do autor.

^{XVI} Grifo do autor.

de natureza humana e que, quando não aquiescidas, cominariam em alguma espécie de “desajuste social” a ser sofreado.

Entretanto, apesar dos diques colocados à sua expansão e do poder exercido sobre a liberdade e autonomia do indivíduo a fim de tolher suas vontades e necessidades, sabe-se que nenhuma substância psicoativa deixou de ser consumida no decorrer da História – pelo contrário – continua a eclodir atualmente, com novas características e lógicas de uso, sempre ao alcance de quem possa satisfazer. Desta forma, assim como outras substâncias, o crack – enquanto objeto teórico deste estudo – surge com suas próprias dinâmicas e contextos de uso e se mantém ao abrigo de uma “mancha” citadina *sui generis* que busca se resguardar das mais diversas demonstrações verticalizadas de força e de violações de direitos humanos que ocorrem nos espaços públicos, sobretudo no que tange ao território específico em que se concentra, conhecido por “Cracolândia”.

Destarte, intervenções de ordem médico-jurídicas são suscitadas para lidar com a questão. Porém, sabe-se que o bem-estar do indivíduo deve ter primazia em relação ao interesse exclusivo da ciência ou da sociedade. O exercício de uma medicina paternalista e de um Estado hegemônico acaba por cercear a autodeterminação do indivíduo, violando seus direitos fundamentais e deteriorando a dignidade da pessoa humana de forma difusa nos cenários de uso, desrespeitando princípios basilares, como a liberdade, a beneficência e a não-maleficência.

Por fim, conclui-se que procedimentos como as internações forçadas e as estratégias de redução de danos, são igualmente ações, porém, com estruturas metodológicas muito díspares, onde a primeira, segue um padrão que impacta na liberdade e na autodeterminação do indivíduo – posto que submete o usuário a uma abstenção total e universal da substância, ainda que contrarie a sua

vontade –; já a segunda, se apresenta como uma alternativa viável que implica em reduzir os danos causados pelo mau uso ou uso abusivo da substância, sem que a abstinência seja um fim em si, de modo que o livre-arbítrio do usuário é elemento essencial para a proposta, que lhe permite aderir ou não, respeitando sua liberdade e alcançando o usuário de acordo com suas particularidades.

Referências

1. Adorno RCF, Rui T, Silva SL, Malvasi PA, Vasconcellos MP, Gomes BR et al. Etnografia da Cracolândia: notas sobre uma pesquisa em território urbano. *Saúde e Transf. Soc.* 2013; 4(2):4-13.
2. Bauman Z. *Confiança e medo na cidade*. Tradução: Aguiar E. Rio de Janeiro: Zahar; 2009.
3. Bucher R. *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
4. Brasil. Câmara dos Deputados. *Propostas de Lei e outras proposições*; 2017. [acesso em: 15 jan. 2017] Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichade tramitacao?idProposicao=483808>
5. Cortina A. *É preciso empoderar os invisíveis!* In: Oselka G (coordenador). *Entrevistas exclusivas com grandes nomes da bioética – estrangeiros*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2009.
6. Cohen C, Ferraz FC. *Direitos humanos ou ética das relações*. In: Segre M, Cohen C (organizadores). *Bioética*. São Paulo: EdUsp; 1995.
7. Cohen C; Marcolino JAM. *Relação médico-paciente: autonomia & paternalismo*. In: Segre M, Cohen C (organizadores). *Bioética*. São Paulo: EdUsp; 1995.
8. Brasil. Conselho Federal de Medicina. *Código de ética médica*; 14 out 2010. [acesso em: 15 jan. 2017]. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20659:codigo-de-etica-medica-res-19312009-capitulo-iv-direitos-humanos&catid=9:codigo-de-etica-medica-atual&Itemid=122 .
9. Escotado A. *Historia elemental de las drogas*. Ed. 6. Barcelona: Anagrama; 2014.
10. Fortes PAC. *Valores éticos da saúde global: responsabilizando-se pela saúde do outro?* In: Porto D, Junior BS,

Martins GZ, Cunha T, Hellmann F (organizadores.). Bioética: saúde, pesquisa e educação. Vol.1. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2014.

11. Foucault M. Microfísica do poder. Ed. 2. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2015.

12. Freud S. O mal-estar na civilização. Tradução: Souza PC. São Paulo: Penguin & Companhia das Letras; 2011.

13. Joanides HM. Boca do Lixo. São Paulo: Labortexto Editorial; 2003.

14. Mill S. Ensaio sobre a liberdade. Tradução: Neiva RCG. São Paulo: Escala; 2006.

15. Brasil. Lei 10.216. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e re-direciona o modelo assistencial de saúde mental. Brasília: Casa civil da presidência da república; 6 abr. 2001. [acesso em: 15 jan 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm.

16. Rui T. Nas tramas do crack: etnografia da abjeção. São Paulo: Terceiro Nome; 2014.

17. Segre, M. Definição de bioética e sua relação com a ética, deontologia e diceologia. In: Segre M, Cohen C (organizadores). Bioética. São Paulo: EdUsp; 1995.

18. Silva, SL. Mulheres da luz: uma etnografia dos usos e preservação no uso do “crack”. [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo; 2000. [acesso em: 18 out. 2015]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-27042008-180551>.

19. Uchôa MA. Crack: o caminho das pedras. Ed. 3. São Paulo: Atica, 1998.

20. United Nations Organization for Education, Science and Culture. Declaração universal sobre bioética e direitos humanos. Paris: UNESCO; 2017. [acesso em: 15 jan. 2017]. Disponível em: http://www.unesco.org/ulis/cgi-bin/ulis.pl?catno=146180&set=005654E2B2_3_413&g p=1&lin=1&ll=s.

21. Velho G. A dimensão cultural e política dos mundos das drogas. In: Zaluar A (organizadores). Drogas e Cidadania: repressão ou redução de riscos. São Paulo: Brasiliense; 1999.

22. Zago LMAK. Ética entre desejáveis e indesejáveis do admirável mundo novo e do fenomenal mundo selvagem. In: Porto D, Junior BS, Martins GZ, Cunha T, Hellmann F (organizadores). Bioética: saúde, pesquisa e educação. Vol. 2. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2014.

Em busca da luz: a encruzilhada entre a fé e as drogas na Cracolândia de São Paulo

In search of Luz: the crossroads between faith and drugs in Cracolândia of São Paulo

Marcos Antonio de Moraes (Montanha)¹, Carlos "Comunidade"², Roberta Marcondes Costa³,
Thiago Godoi Calil⁴, Marcelo Ryngelblum⁵, Glauber Castro⁶, Raonna Caroline Ronchi Martins⁷

Resumo

O nível de religiosidade/espiritualidade na "Cracolândia", em São Paulo, causa inquietação. Ao se aproximar das pessoas que usam drogas em trabalho de campo na perspectiva da redução de danos, um assunto onipresente é Deus. O "fluxo" (concentração de pessoas que usam crack) situa-se no Largo Coração de Jesus e próximo ao Mosteiro da Luz, que dá nome e origem ao bairro. Curiosamente, a concentração de pessoas que usam drogas encontra-se abaixo da imagem de Cristo do Colégio Liceu Coração de Jesus. Relatos de campo dos autores trazem experiências ligadas ao sagrado. Muitas pessoas deste contexto se veem [e são vistas] numa espécie de purgatório na terra, pagando seus pecados, em uma experiência de difícil aprendizado nesta encarnação. É perceptível a presença de diferentes religiosidades e suas compreensões, sejam cristãs, evangélicas ou africanas. Por meio da abordagem etnográfica e de pesquisa bibliográfica, o presente artigo visa investigar a relação entre a fé, o uso de drogas e o cuidado para as pessoas que frequentam o local em uma perspectiva crítica, sejam usuários, trabalhadores e as presenças institucionais que atuam no território.

Palavras-chave: Espiritualidade; Crack; Cracolândia.

Abstract

The level of religiosity / spirituality in "Cracolândia", in São Paulo, causes restlessness. By approaching people who use crack during fieldwork in the perspective of harm reduction, a very present subject is God. The "flow" (concentration of people who use crack) is located in Largo Coração de Jesus and near the Monastery of Luz, which gives name and origin to the neighborhood. Interestingly, the concentration of people who use drugs lies beneath the image of Christ of high school Colégio Coração de Jesus. Field reports of the authors bring experiences linked to the sacred. Many people in this context see themselves [and are seen] in a kind of purgatory on earth, paying for their sins, in an experience difficult to learn in this incarnation. It is noticeable the presence of different religiosities and their understandings, being Christian, evangelical or African. Through the ethnographic approach and bibliographic research, this article aims to investigate the relationship between faith, drug use and care for people who attend the place in a critical perspective, whether users, workers and the institutional presences that act in the territory.

Keywords: Spirituality; Crack; Cracolândia.

¹ Marcos Antonio de Moraes (Montanha) é morador da região da Luz e frequentador habitual da Cracolândia, há 3 anos.

² Carlos "Comunidade" é frequentador da região da Luz e frequentador habitual da Cracolândia, há 3 anos.

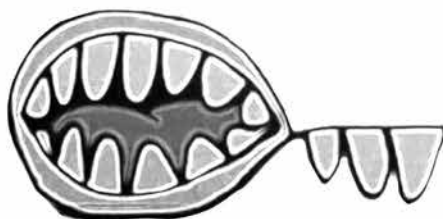
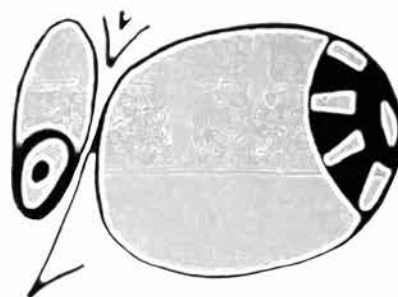
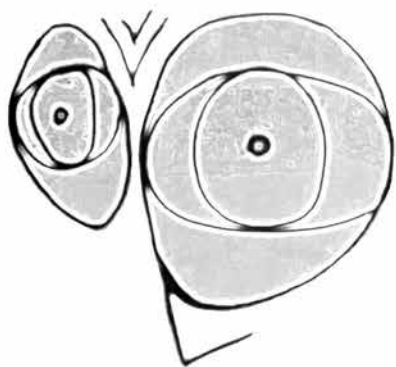
³ Roberta Marcondes Costa (robertinhacosta@gmail.com) é antropóloga, atuante no movimento "A Craco Resiste" e Mestranda do Instituto de Estudos Brasileiros da Universidade de São Paulo (IEB/USP).

⁴ Thiago Godoi Calil (thiguitto@hotmail.com) é psicólogo, redutor de danos pelo Centro de Convivência É de Lei, Mestre e Doutorando em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

⁵ Marcelo Ryngelblum (marceloryn@gmail.com) é psicólogo e redutor de danos na Cracolândia pelo Centro de Convivência É de Lei.

⁶ Francisco Glauber Castro (glauber-castro@outlook.com) é redutor de danos na Cracolândia pelo Centro de Convivência É de Lei.

⁷ Raonna Caroline Ronchi Martins (raonnacrm@gmail.com) é psicóloga, psicanalista e Doutoranda em Psicologia Clínica do Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo (IP/USP).



Introdução

*“Cada um por si e Deus com todos!”
(Interlocutor Local)*

O presente artigo busca se aproximar e ilustrar a dimensão religiosa e espiritual na região da denominada Cracolândia^{viii}, no centro da cidade de São Paulo. Partindo de experiências etnográficas e vivências plurais no território^{ix}, constatamos uma intensa presença da espiritualidade nas vidas, nas falas, nas histórias do bairro, na presença religiosa institucional, nas atuações dos diversos trabalhadores da região, etc. É feita uma reflexão sobre como a espiritualidade está presente na vida das pessoas nesse contexto ilustrando, a partir de diferentes religiosidades, como esta manifestação acontece na vida cotidiana.

^{viii} Termos locais com relação à Cracolândia serão escritos com itálico.

^{ix} Vivências e trabalhos de campo realizados por pesquisas individuais e coletivas, seja na vida cotidiana, seja por Redutores de Danos integrantes do Centro de Convivência É de Lei (ver: www.edelei.org), e por integrantes do movimento “A Craco Resiste”.

Após alguma reflexão, nos alerta a prestar a atenção ao lado espiritual existente que justifica a ausência de gatos devido à “energia” muito carregada do local, energia pesada: “Gatos aparecem por aqui, mas logo vão embora, pois gato é muito sensível, chega e logo percebe a energia do território” (Caderno de Campo, 22 de julho de 2011).

Vale ressaltar que, como entre os autores há residentes e usuários da região da Cracolândia, portanto, grandes “especialistas” práticos na vivência das rotinas, do fluxo da localidade, o artigo se utiliza de longas conversas tidas com ambos, enquanto estavam sentados nos colchões de uma de suas “malocas”, enquanto esse anfitrião expressa o tema em questão:

“As coisas espirituais existem e aqui elas são mais evidentes do que em qualquer lugar. Elas convivem aqui. Todos aqui já tiveram a experiência do portal para o mundo espiritual. Eu creio que seja para o inferno. Há horários que esse portal se abre, como se fosse uma troca de plantão” (Montanha).

Carlos, frequentador do local, acrescenta que, nesse momento, “sente-se no ar as trocas de energias” e continua:

“...as forças do bem também estão presentes aqui. Há uma legião de anjos guerreando aqui. Estamos no meio da guerra entre o bem e do mal. Só não fica mais estranho porque as forças do bem tão ganhando. Menos quando o portal tá aberto, dá pra saber por que rola muito barulho, gritos, cachorros latindo, ninguém se entende, briga ali, porrada lá. E não é viagem da droga não!” (Montanha).

Na maloca, esta conversa ocorre entre os autores e todos concordam com a afirmação feita. Montanha, então, segue com um desafio:

“...um ateu que ler e disser: “esses caras tão muito louco de droga” tá desafiado. Qualquer um que ler esse artigo e duvidar tá desafiado a vim aqui e passar um dia e uma noite” (Montanha).

Uma história de fé

A região da Luz, antes de se tornar um bairro, era conhecida como Campo do Guaré. Em linguagem indígena, Guaré significa “matas em terras molhadas”, já que se situa na várzea entre os rios Tamandateí e Tietê.

O início da ocupação da região aconteceu no século XVI, quando um casal de portugueses, o carvoeiro Domingos Luís e sua mulher Ana Camacho, trouxeram de Portugal uma imagem de Nossa Senhora da Luz (figura 01). Em 1579, esta imagem de barro com olhos de vidro foi alocada na pequena ermida erguida no Campo do Guaré¹⁵.

A imagem da Santa – que hoje se encontra no Museu e Arte Sacra de São Paulo^x –, rapidamente se tornou uma referência religiosa nessa região da Luz, ponto de passagem de tropeiros, viajantes,



Figura 1

Imagem de Nossa Senhora da Luz

comerciantes, devotos e outros passantes¹. Os fiéis que se dirigiam à pequena ermida para suas preces começaram a se referir à região como região da Luz, fazendo referência à imagem Santa¹⁵.

Em paralelo à devoção a Santa, nesse período ocorreu no Campo do Guaré um dos primeiros crimes registrados na cidade de São Paulo, na época em que era ainda a pacata vila do Padre Manuel da Nóbrega: frei franciscano de nome Diogo foi assassinado por um militar espanhol, em 1583, segundo registros em ata da Câmara da cidade. Segundo levantamento de Arroyo¹, o frei “pagou com a morte a insolência de apenas ter pedido esmola ao soldado”¹.

Este crime ocorreu nas proximidades da pequena Ermida com a imagem da Santa, na região da Luz. É Curioso como este cenário atualmente ainda concentra casos de violência e intolerância em relação à pobreza e às pessoas em situação de rua.

Por muitos anos, a região de várzea Luz foi ocupada por fazendas, até que no século XVIII,

^x Ver Museu de Arte Sacra de São Paulo: <http://www.museuartesacra.org.br>



Figura 2.

Mosteiro da Luz
(foto por Militão
Azevedo, 1860).

em 1774, ocorreu a transformação local, com o início da construção do Grande Mosteiro da Luz (figura 2), construção arquitetônica monástica e imponente como uma base militar, que simbolizava o poder da Igreja Católica com o objetivo de impulsionar a ocupação, a habitação e a expansão urbana da região¹⁵.

Nessa época do Brasil Colônia, porém, era proibida a construção de novos mosteiros fora de Portugal, visto que seu objetivo não era a clausura de mulheres, mas sim a procriação de mulheres portuguesas e cristãs na colônia¹⁵. Por isso, a corte portuguesa tenta o fechamento do mosteiro, o que fez o governo local da época sustentar seu funcionamento do então "mosteiro clandestino"^{x1}.

Essa primeira parte rascunhada deste artigo, fez Carlos Comunidades, nosso acompanhante da situação e coautor, afirmar:

"...a clandestinidade por opressão continua comum aqui. E hoje é muito pior, porque não são só os negros que são escravos" (Carlos Comunidade).

^{x1} Situação comum a outros mosteiros no Brasil nesta época.

Posteriormente, em 1881, foi posta a primeira pedra para a construção do Santuário Coração de Jesus, no Largo Coração de Jesus, local que já há alguns anos se encontra o "fluxo" dos usuários de crack no bairro da Luz¹⁵.

Cruzadas religiosas no "fluxo"

No "fluxo"^{xii} é comum se deparar com manifestações da fé como elemento importante na elaboração dos momentos de vida e construção dos processos de cuidado dos usuários de crack, sejam esses pessoais ou institucionais. Montanha, residente e usuário do *fluxo*, conta que "independente da situação as pessoas não perdem a fé. Todos os dias acordam e falam: Bom dia Cracolândia, Deus abençoe!".

Nesta possível bênção de Deus para com a região da Luz, trazemos a reflexão sobre as

^{xii} Aglomeração de pessoas que fazem uso de crack na região da Luz. Segundo Caill, "simultaneamente ao surgimento do termo "fluxo" na cracolândia começaram a aparecer no território diversas caixas de som pequenas que funcionam a baterias e pilhas. Em muitas delas ouve-se funk de todos os lados. Vozes reproduzem as músicas ao vivo entre as pessoas. Sugiro que o termo "fluxo" na cracolândia dialoga com o fluxo dos bailes funks nas regiões periféricas. Traços de manifestações populares das margens trazidas para o centro e resignificadas no contexto de uso de crack"⁶ (p. 70).

características deste espaço urbano de uso de crack a partir da percepção de uma pessoa que faz uso dessa substância no “fluxo”:

“Esse lugar aqui é como o Vale dos Ossos Secos! Vê lá, tá lá em Ezequiel...” (Caderno de Campo, maio de 2013).

A referida passagem bíblica relata o momento em que a Terra se encontrava assolada pela morte espiritual de seu povo. Experiências traumáticas, como a destruição de Jerusalém em anos antes, são representadas pela desesperança de um povo hebreu lançado à triste sorte. O Vale dos Ossos Secos representa o acúmulo de ossadas de um povo que sucumbiu às inúmeras guerras, por volta de 580 a.C., momento justificado pelas incansáveis condescendências aos pecados de uma nação desacreditada, conforme a Bíblia². Segundo essas escrituras tal movimento é capaz de ter como consequência uma calamidade única devido à tamanha iniquidade² (cap.7:vers.891).

A passagem de Ezequiel apresenta leitura dúbia, pois, ao mesmo tempo em que aborda a resignação do povo de Israel, traz em si a esperança de restauração desse povo, por meio da profetização de Ezequiel, que afirma estar sendo levado pelo Espírito do Senhor ao Vale dos Ossos e diz:

“Eis que farei entrar o espírito em vós, e vivereis. Porei tendões sobre vós, farei crescer carne sobre vós, sobre vós estenderei pele e porei em vós o espírito, e vivereis”² (p.578).

O verso 12, sob as palavras *“Abrirei a vossa sepultura, e a vós farei sair dela”² (p.578)*, pode ser interpretado como a restauração espiritual e política da humanidade e, por isso, é interessante a referência feita ao Vale dos Ossos Secos, aproximando-o ao contexto de uso de crack na região da Luz. De certa forma, atualmente, os sujeitos ali presentes também estão com sua representatividade política reduzida, afogados pelo descrédito do preconceito e da moral, ao

mesmo tempo em que acionam à esperança que, somada à fé, é capaz de idealizar certa restauração espiritual.

Quando nos referimos à representatividade política, é preciso destacar os jogos imaginários e simbólicos que se interpõem na compreensão de um sujeito que está sob desamparo social e discursivo. A pregnância imaginária da miséria e de uma suposta distância dos ideais da cultura pode ser um impeditivo para essa relação, para o reconhecimento de um sujeito de desejo, que quer coisas para além das oferecidas massivamente pela cultura. É de fundamental importância que o sujeito seja levado em consideração também a partir do lugar que ele ocupa na lógica do mercado, ou seja, atentar para o lugar de “resto”, de marginalidade que esse sujeito ocupa na estrutura social e a suspensão do sentido deste lugar que o sustenta sob essa mesma condição traumática.

A identificação do sujeito a este lugar de dejetado é um dos fatores que dificulta o seu posicionamento na trama de saber e que irá caracterizar o seu discurso marcado, por vezes, pelo silenciamento. A escuta desses sujeitos podem, tanto lhes propiciar dar andamento a articulações significantes, rompendo com identificações imaginárias, de forma a contribuir para elucidar alguns dos efeitos subjetivos carregados pelo peso da moral cristã¹⁶.

Segundo a antropóloga Helena Hansen, em pesquisas sobre a evangelização de usuários de drogas em Porto Rico, as instituições religiosas apresentam um olhar que contrasta à visão biomédica da “perda de controle” como diagnóstico do abuso dessas substâncias verificado, por exemplo, no DSM IV^{XIII} americano. Para as instituições que promovem a fé religiosa, a relação de dependência vem “como o resultado de uma

^{XIII} Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM)).

escolha - a escolha de aceitar ou não a vontade de Deus”¹¹ (p.111).

Incitação parecida às ideias de esperança surge também quando relacionam a dinâmica do território da Luz ao Salmo 91 da Bíblia:

“Não te assustarás do terror noturno, nem da seta que voa de dia, nem da peste que se propaga nas trevas, nem da mortandade que assola ao meio-dia. Caiam mil ao teu lado, e dez mil, à tua direita; tu não serás atingido”⁵ (Salmo 91).

Murakami e Campos¹⁴ apontam um olhar diferente sobre a manifestação da fé e da religiosidade, pois a colocam como “busca pelo alívio do sofrimento, por alguma significação ao desespero que se instaura na vida de quem adoece” (p.362).

Em conversas sobre o referencial religioso entre as pessoas que frequentam a Cracolândia também aparecem essas posições, como aponta Carlos Comunidade:

“Aqui têm fé e esperança. Tem muita solidariedade, não tem só sofrimento, tem felicidade. O sofrimento é evidente, mas o que ainda impera é a fé. As pessoas têm significação aqui” (Carlos Comunidade).

Carlos Comunidade, ainda, afirma:

“É válida toda forma de amor. Se for do bem e não prejudicar o próximo. Na bíblia, Deus dá o livre arbítrio. O que seria o livre arbítrio? Quando o usuário de drogas se aproxima do religioso tem segundas intenções: roupa, comida, dormida, etc. É muito diferente de vocês que batem mó papo. A troca que tem aqui é humana. É outra coisa. Evangélico não. Evangélico chega aqui querendo dar a salvação. Eu não sei se quero essa salvação! Eu nem sei se existe...” (Carlos Comunidade).

Dentre as pesquisas sobre o cuidado com pessoas que fazem uso problemático de psicoativos,

a religiosidade se apresenta como algo importante no processo de cuidado, aparecendo em diferentes concepções e formulações. Estudos orientados por uma lógica conservadora veem a religiosidade como fator importante dentro das propostas que visam à abstinência e que, geralmente, são construídas através de internações (forçadas ou não) em comunidades terapêuticas ou clínicas de reabilitação, que, em muitos casos, se constituem a partir de alguma matriz religiosa.

Porém, dar importância à religiosidade no processo do cuidado dessas pessoas não é prerrogativa apenas dos que atuam a partir das visões mais conservadoras. Pesquisas inovadoras na área de Psicologia, como as de Gomes⁸, que constituem o campo “antiproibicionista” no debate das drogas, formulam exemplos de como o uso das substâncias enteógenas^{XIV} (em especial ayahuasca e ibogaína) são formas alternativas de tratamento. Esses tratamentos têm múltiplas facetas e possibilidades, mas também põem, em lugar especial, esse “encontro com o divino” que dá origem à própria palavra “enteógeno”.

A ampla difusão da experiência religiosa como potente “porta de saída” para o mundo das drogas leva ao senso comum de que, na Cracolândia, as pessoas “viraram as costas para Deus” e, por isso, precisam voltar a exercitar a esfera espiritual da vida. Carlos, ao discutir essa ideia, aponta:

“Esse pensamento é a mesma ideia de quando os jesuítas chegaram no Brasil. Escravizaram pessoas assim. Evangelizavam como se as pessoas não tivessem religião. Sabemos que não tem como um pastor, ou qualquer

^{XIV} O termo enteógeno deriva do grego antigo. *Entheos* significa “inspirado ou possuído por um Deus” e o sufixo *geno* designa “geração, produção de algo”¹⁰. Portanto uma tradução possível para enteógeno, que tem forma de adjetivo, é aquilo que produz uma inspiração ou possessão divina¹⁰. Edward MacRae dá o seguinte significado para enteógeno: “aquilo que leva alguém a ter o divino dentro de si”¹² (p.16).

outro, curar uma pessoa de uma hora para outra. É um processo” (Carlos Comunidade).

No Brasil, os debates a respeito da apropriação do espaço público pela população pauperizada têm sido valorizados pelo poder público nas duas últimas décadas, impondo muitas vezes ações dos próprios poderes locais, governamentais ou não, que chegam até a expulsão sumária, ao internamento em hospitais psiquiátricos, chacinas de índios e de grupos inteiros da população de rua. Essas ações são realizadas por vários tipos de pessoas com a conivência dos poderes locais e, até mesmo, pela própria força policial. Na falta de uma política pública consistente para essa população, os mais variados segmentos sociais, inclusive pautados por doutrinações dogmáticas, acabam realizando com despreendimento e boa vontade que se apresentam, a proeza de “cuidar”, mantendo as pessoas pobres e em situação de rua em um estado de indigência, humilhação e assujeitamento, conforme discute Brito¹³.

A partir das elaborações de Schuch e Gehlen¹³, interrogamos sobre certa tendência à essencialização do problema da rua, que está correlacionada com as dinâmicas que conjugam duas grandes perspectivas sobre o assunto: uma pautada pela visão de que o estar na rua é um problema que requer intervenções e práticas de governo determinadas a suprimir tal fenômeno a partir da simples retirada das pessoas na rua; e outra pautada no diagnóstico da causalidade macroestrutural, que subentende as pessoas que estão na rua a partir de uma despossessão simbólica, como exclusivamente sujeitos da falta.

Nesse sentido, o apontamento de Carlos é preciso:

“Esse pensamento é a mesma ideia de quando os jesuítas chegaram no Brasil. Escravidaram pessoas assim. Evangelizavam como

se as pessoas não tivessem religião (Carlos Comunidade).

Façamos a contextualização do problema da criminalidade e das vidas que desviam da norma na “sociedade disciplinar” a partir da noção de biopolítica Foucault⁷ que analisa a reforma dos sistemas penitenciário e judiciário que culminam no que ele chamou de “sociedade disciplinar”. Nesta, haveria uma mudança no entendimento do ato infracional, que não seria mais um atentado a uma lei natural, religiosa ou moral, mas sim a transgressão da lei civil, o que coloca o criminoso na posição de inimigo do pacto social. Passa a haver, então, uma preocupação quanto às circunstâncias subjetivas do ato infracional, o que culmina na tentativa de determinação de um “perfil de periculosidade” que visa o controle profilático. A tentativa de disciplinarização das pessoas passará a executar um panoptismo por vias institucionais, onde a ordem deverá ser garantida por uma série de instituições marginais ao judiciário – tais como a escola, os asilos, os hospitais, as igrejas, como apontam Passos e Benevides¹³.

Com essa passagem para a forma disciplinar, a sociedade não mais seria caracterizada pela exclusão dos indivíduos desviantes, mas pela tentativa constante de enquadramento destes à cultura hegemônica que tampona tantas outras formas possíveis de vida. Essa forma de incluir pela exclusão faz com que as instituições disciplinares não excluam o indivíduo do meio social simplesmente, mas apenas realizem um domínio específico, colocando-o em outro espaço que possa controlar sua subjetividade. Essa questão é de suma importância para pensar o direcionamento de ações para qualquer sujeito que faça uso da rua.

Então, por uma via que poderíamos classificar como biopolítica, passou-se a considerar a

itinerância e a mobilidade como características próprias dos classificados “em situação de rua” e como práticas de resistência à legitimação da direção oferecida pelas ações governamentais. Nesse caso, a itinerância e a mobilidade não são apenas faltas a serem civilizadas por práticas de intervenção, mas podem expressar a agência política de certas pessoas que não raro são consideradas “bárbaras”, “primitivas” e “zumbis”, o que os levaria à anteriormente denominada despossessão simbólica. Nesse sentido, qualquer intervenção relativa às pessoas em situação de rua – como a qualquer outro sujeito – deveria promover uma forma de subjetivação desviante da lógica que naturaliza o sujeito, com isso tornando possível a construção de um “si mesmo” a partir das próprias determinações, ao invés do assujeitamento que ocorre na via contrária às doutrinações religiosas e estatais.

Quando consideramos a agência política dessas pessoas, é preciso refletir sobre a possibilidade de que certos grupos desejam manter práticas autônomas em relação às formas normalizadas de inserção social. Sendo assim, a mobilidade e a recusa ao sedentarismo podem significar contrariedade com certa lógica de captura subjetiva e moral presente em nosso modelo de sociedade. Isso aponta para a necessidade de rever a história branca e pensar que determinadas populações, mais do que estarem sendo “deixadas para trás”, podem estar praticando uma recusa à cooptação por instituições religiosas, inclusive com respaldo estatal, e a suas lógicas de fixação e controle de mobilidades, como aponta Scott¹³.

No Brasil, as primeiras iniciativas de intervenção e debate sobre esse conjunto diverso de pessoas foram marcadamente filantrópicas e religiosas, momento no qual tal população era entendida como “sofredores de rua”. Principalmente no final da década de 1980, tiveram início reflexões sobre o

tema e progressivamente foram articulados refinamentos conceituais sobre este modo de vida.

A ruptura com a terminologia “sofredores de rua” para “povo da rua”, ou “moradores de rua” teve como intuito implicar um deslocamento da experiência da rua percebida como um sofrimento, sob a influência da ética cristã, para a experiência da rua como uma possibilidade de vida, que implica em pensar em outros usos da rua que não apenas o traumático¹⁷.

Buscamos, por meio desse artigo, compreender a rua e as pessoas que circulam por ela, como uma opção imbuída de alguma positividade. A constituição de uma vida na rua pode ter uma dimensão afirmativa, como o estabelecimento de um modo de vida, ou seja, como algo que traga, de alguma maneira, um sentido de construção de uma cultura. Porém, é preciso assinalar que essa construção parte de uma falta, de um vazio, de uma destituição. Viver de resto e, ainda assim, viver, coloca o problema da realidade do mundo e de sua plausibilidade para aqueles que vivem no limite da vida.

Escravos de Jó

Montanha, que está inserido nessa situação, fala sobre a fé, que nunca acaba:

“Nas horas mais difíceis todos nós conversamos com Deus. O mais inacreditável é não perder a fé. Somos tipo Jó, o cara perdeu tudo e tá lá, crendo, a gente também. Quando perde a fé a vida não vale mais nada, perde a esperança. Todos esperam melhores, pessoal e coletiva” (Montanha).

A quantidade de vezes que o livro bíblico de Jó é citado por diferentes pessoas na Cracolândia chama a atenção. Alguns citam passagens decoradas tal como escritas na Bíblia, outros relatam à sua maneira:

“Você não lê a Bíblia?! Tem que ler! Jó foi aquele cara que sofreu da aposta de Deus com o Diabo... O Diabo colou no Céu e disse pra Deus que apostava que mesmo Jó, que era mó religioso, iria xingar Deus se sua vida fosse desgraçada. Deus, pra provar, acaba com a vida do coitado [Jó]. Ele perde todo seu dinheiro, e ele era muito rico, a família toda morre, ele se fode e fica na rua, todo cheio de problema, mas mesmo assim ele não fala mal de Deus, mas fala várias verdades, é a parte da bíblia que fala da gente [nessa hora ele apontou para o fluxo e depois para ele mesmo]...” (Caderno de Campo, junho de 2013)

É plausível esta identificação, por parte das pessoas que usam crack e que estão em situação de rua, com o sofrimento em vida atravessado por Jó. Muitos discursam sobre a vida que tinham antes de chegar a Cracolândia. No texto bíblico, existem passagens que se adequam com a forma como muitas pessoas, estando ou não na cena de uso de drogas, especialmente influenciadas pela grande imprensa, veem o lugar: “... terra tenebrosa como a noite, terra de trevas e de caos, onde até mesmo a luz é escuridão...”³ (cap.10, vers.22).

Lendo algumas análises do texto bíblico, a história de Jó é tida como certo empoderamento espiritual das pessoas desfavorecidas economicamente, o que também pode apontar alguns dos sentidos para os quais essas passagens se relacionam com a vida das pessoas que vivem na Cracolândia:

“Aspecto importante do livro é que Jó faz a sua experiência de Deus na pobreza e marginalização. A confissão final de Jó - “Eu te conhecia só de ouvir. Agora, porém, meus olhos te veem”³ (cap.42, vers.5).

“...é o ponto de chegada de todo o livro, transformando a vida do pobre em lugar da manifestação e experiência de Deus. A partir

disso, podemos dizer que o livro de Jó é a proclamação de que somente o pobre é apto para fazer tal experiência e, por isso, é capaz de anunciar a presença e ação de Deus dentro da história” (cap.42, vers.5)³.

A espiritualidade é como um campo comum e esperado nas conversas na Cracolândia, especialmente aquelas marcadas pelas incertezas e estranhamentos mútuos dos primeiros contatos. É comum a sensação de que muitas pessoas estejam tentando falar exatamente o que imaginam que queremos ouvir, para assim, conseguirem aquilo que potencialmente podemos oferecer, em especial, quando o interlocutor é colocado nesse lugar de alguém que pode prover algo ou alguma ajuda. Por isso, é comum o primeiro assunto ser sobre Deus, ainda que existam outros pontos de conversas, esse tema retorna de forma bastante expressiva nos diálogos cotidianos.

Uma constante no campo de pesquisa é a intensa circulação das pessoas que usam crack entre a diversidade de instituições religiosas. Este trânsito parece se configurar como reformulações particulares de práticas e crenças que são reelaboradas de modo flexível e pessoal. Uma dinâmica intimamente ligada às reconfigurações que a região da Luz atravessa na história, como afirma Calil:

“... o trânsito constante de muitas pessoas, migrantes e imigrantes, que impulsionadas pela fervorosa economia marginal, informal, e por vezes ilegal, começaram a redesenhar a identidade do bairro”⁶ (p.30).

Carlos acrescenta a essa perspectiva:

“Essa área também foi ferroviária e rodoviária, sempre ponto de chegada de migrantes. Eles trazem religiões diferentes, daí mistura tudo. Isso acontece porque Deus é único e se manifesta em todas elas, o importante é que as pessoas acreditem” (Carlos Comunidade).

Essa mistura de tipos humanos apresenta grande potência nas relações com a diversidade e na convivência dos diferentes. É comum uma circulação estratégica entre diversas instituições a fim de conseguir amparo frente às diferentes necessidades de cada momento. Rogério é um exemplo de possíveis arranjos de fé construídos a partir da vivência na rua: foi criado em uma família católica, carrega consigo a imagem da Virgem Maria, mas, em momentos de grande aflição, vai à pregação das igrejas pentecostais. Protege-se com patuás de matriz africana, já obteve grande momento de revelação e cuidado com relação ao uso problemático de drogas com o Daime^{xv}, faz parte de um bloco afro e, quando necessário, utiliza-se dos serviços católicos da Missão Belém^{xvi}.

Como vemos, a Cracolândia é uma experiência ligada ao sagrado para uma grande diversidade de pessoas. Muitos se veem (e são vistos) como aqueles que estão numa espécie de purgatório na Terra, que estão pagando seus pecados estando ali, ou mesmo, que a experiência que vivem faz parte do difícil aprendizado que têm que passar nessa encarnação. Muitas vezes, parte do sentido de estar ali passa por sentimentos de culpa, misturados com a explicação de que estar nesse lugar é como uma punição por algo que fizeram de errado (como usar a droga, roubar, matar, etc). Muitos alegam que a dependência do crack é uma enfermidade espiritual e que sua cura está para além dos protocolos médicos tradicionais, caracterizada como um “espírito do vício”, associando o crack ao Diabo. Nesse sentido, o usuário de crack é um portador de um mal absoluto sob um espírito responsável pelos seus infortúnios. Este sentimento de culpa extrapola a relação direta para quem de fato faz uso de crack, mas parece presente

também em outras subjetividades associadas a este contexto. Segundo registro de campo:

“No meio do grupo de usuários está uma moça vendendo café, bolo e cigarro. Porém, ela não vende bebida alcoólica. Seu nome é Paula. Paula já ficou na detenção por seis anos, por assalto. Diz que teve que assumir toda a culpa de todo o grupo, acabou sendo a laranja da história. Diz não ser usuária de crack, e que ali todos a respeitam muito, que se ela pede para não fumarem muito perto dela eles a respeitam. Diz que encontrou a palavra de Jesus, e mesmo vendendo cigarro tem fé que Jesus a perdoa, pois também está oferecendo alimentação para os usuários” (Caderno de Campo, julho de 2011).

Em alguns casos, o exercício da religiosidade já acompanhava a pessoa antes de chegar à situação de rua; para outros essa dimensão foi se desenvolvendo depois de adentrar neste circuito. As pessoas, em grande parte, são oriundas de bairros periféricos, onde há uma grande influência e concentração de igrejas evangélicas. Após entrarem para a vida na rua a influência evangélica (e religiosa como um todo) muitas vezes se intensifica, não só pela quantidade de pregações que ocorrem ali (contando, às vezes, até com trio elétrico), mas pelo fato de que a maioria das pessoas da Cracolândia já tenha passado por internações que, em grande parte, ocorrem em comunidades religiosas, mesmo na rede pública brasileira. Uma das instituições que atuam na área, a “Cristolândia”¹⁸, apelido da Missão Batista, possui diversas estratégias para evangelizar os habitantes da região, em especial, aqueles com uso problemático de crack, realizando desde a internação gratuita, até a oferta de almoço (só servido para quem escutar a pregação do pastor). Segundo registro de campo, após conversa com funcionário dessa instituição:

^{xv} Religião de origem amazônica a partir do sincretismo entre a tradição indígena e a Igreja Católica. Utiliza-se do chá da ayahuasca como dispositivo de comunhão com o sagrado.

^{xvi} Ver: <http://www.missionebelem.com/brasil/>.

“A ‘Cristolândia’ paga pelas internações em média 300,00 reais por pessoa, e que no momento (2011) devem ter uns 200 em recuperação”. ... diz também que “a Instituição, que existe a 1 ano e meio recebe muita ajuda externa, doações de alimentos e etc... o próprio colégio em frente, doa 5.000,00 reais por mês para a Igreja”. Receberam também de doação uma Kombi, nova, que estava estacionada em frente a porta. A placa é do Rio de Janeiro, mas já tem todas as mensagens e logos da “Cristolândia”” (Caderno de Campo, julho 2011).

Para além da alta oferta de igrejas evangélicas nas periferias da cidade, ou da quantidade de evangélicos em trabalhos “sociais”, há outros motivos que parecem importantes para que tais igrejas tenham um lugar de destaque na recuperação de usuários problemáticos de drogas: o pertencimento a um grupo. Argumentado como um dos maiores desafios no “tratamento” de pessoas que passaram por um uso problemático ou abusivo de substâncias, em especial aqueles que passaram por lugares sociais tão marcados como o “nóia” ou “ex-nóia”, é conseguir que se sintam parte de um grupo social, que criem para si outra identidade, outro lugar onde sejam aceitos. Na Cracolândia, por mais difíceis que sejam as condições de vida, muitos encontram um lugar no mundo, uma identidade que lhes cabe e pares com quem se identificam e reconhecem. Segundo considerações sobre o contexto e as negociações da vida na região da Luz, Calil⁶ aponta que:

“Podemos pensar a Cracolândia como um lugar que acolhe indivíduos com trajetórias de vida em comum, e que a partir de uma eficiente leitura da cidade abrem possibilidades para desenhar e redesenhar trajetos que dão contorno a modos criativos de sobrevivência. Caminhos que podem sim relacionar-se com o uso de drogas, mas este sendo apenas um detalhe na

diversidade de negociações possíveis no território e nas vidas que o ocupam”⁶ (p.114).

Somando-se a esta perspectiva, as igrejas podem ofertar a possibilidade de encontro a essas pessoas, de que se enxerguem entre iguais e a possível sensação de pertencimento delas a um determinado grupo. Hansen¹¹ aponta que a aproximação com Instituições religiosas e a manifestação da fé é capaz de redefinir a identidade pessoal, proporcionando uma inversão simbólica, partindo de usuários de drogas possivelmente hedonista para um disciplinado homem de Deus. Essa conversão pode proporcionar o sentimento de nivelção social, equiparando ex-usuários a não usuários¹¹.

Carlos afirma que “a maior parte das pessoas do fluxo são evangélicas desgarradas, católicos não praticantes e também muito umbandista com conhecimento vulgar sobre a religião”. De forma ampla, assemelham-se a constituição geral do perfil de pessoas da cidade. As pessoas que vivem na Cracolândia afirmam já terem sido evangélicas, mas que atualmente são “ovelhas desgarradas”. Outros que se reconhecem do candomblé, mas que, por outro lado, podem estar com a vida “toda errada”, embora continuem afirmando a religião e se sentem acompanhadas de seus guias e orixás.

Mesmo que se culpem por não estarem fazendo direito suas obrigações, isso parece fortalecer os adeptos do candomblé em relação aos evangélicos; afinal, não se sentem sozinhos nesse momento que vivem, de grande vulnerabilidade. Orixás são plurais e imperfeitos e, sendo assim, os erros e “desvios” de seus “filhos de fé” podem ser compreendidos como parte do enredo da pessoa, que não deve necessariamente ser julgada^{xvii}.

^{xvii} Por outro lado, a Mãe Regina, uma mãe de santo de Salvador, afirmou que os orixás das pessoas da Cracolândia já estão longe delas (conversa com mãe Regina em Salvador, 2014).

Esses elementos da cultura “afro” são muito comuns na região da Cracolândia, a começar pelo fato da grande maioria das pessoas ser negra. As pessoas que são dessas matrizes religiosas, muitas vezes, se identificam com o orixá Exu, o mensageiro, aquele que é dono das encruzilhadas. A Cracolândia também pode ser vista como uma “super encruzilhada”, segundo o redutor de danos da área que é praticante da umbanda:

“...fazer um trabalho ali, o pedido chega na hora, é Sedex! Imagina quantas pessoas já não são oferendas naquela encruzilhada”. Montanha afirma que isso acontece porque “aqui você está em um portal, é como se fosse um pedido entregue em mãos” (Diário de Campo, 2012).

Montanha também acrescenta comentários sobre esse fato:

“...o que tenho observado aqui é a manifestação de entidades, como a Pomba Gira. Eu costumava falar que aqui é o Reino da Pomba Gira e outras entidades da Umbanda, da esquerda. Eu venho observando cada uma dessas pessoas que recebem essas entidades. Eu tenho saído com mulheres que quando chegamos no quarto, e começamos a transar, a Pomba Gira vem conversar comigo. Eu interajo com ela. O que há de comum é que quando as entidades vão embora as meninas não lembram de nada e têm dor na nuca. Todas as Abelhas Rainhas têm elas. Tem umas que prestam homenagens à elas, usam vermelho” (Montanha).

E a Cracolândia, realmente, parece ser um lugar de oferendas, sacrifícios e reciprocidades. Uma passagem do caderno de campo é muito intrigante para pensar a concretude que pode ter esse lugar de pessoa/oferenda:

“Luiz, depois da empatia criada pelas piadas, começou a nos contar sua história. Levantou a camiseta e mostrou seu tórax que tem as

costelas com certa deformação. Disse que aquilo aconteceu porque ele nasceu para ser oferendado para o demônio, que sua mãe frequentava a Quimbanda e Ihe tinha prometido como sacrifício. Aquela marca na costela era porque tinham o forçado a nascer de 8 meses (porque, segundo ele, o número 8 é especial). Mas no processo de forçá-lo a nascer ele acabou sendo machucado, o que Ihe deixou com tal marca que o salvou do sacrifício: “Não oferecereis coisa alguma que tenha defeito, porque não seria aceita em vosso benefício.”^{xviii}. Contou que foi salvo da morte ao nascer, mas que teve uma convivência muito ruim com a mãe e o pai. Como ele não teria cumprido a função para a qual seus pais o trouxeram ao mundo ele era muito mal tratado. Disse, então, que quando tinha 17 anos seu Exu Ihe pegou e fez com que ele ficasse vagando na rua durante dois anos. Disse que não se lembra de nada desse período, mas que as pessoas Ihe contam que ele andava sem parar, sempre com o olhar perdido no horizonte. Depois desse tempo ele voltou a si. Primeiro deu uma “desandada” no crack, mas depois, quando passou a fazer suas obrigações^{xviii}, deixou daquilo e hoje consegue ter sua dignidade, “com lugar para morar e tudo mais”, vendendo exemplares da revista OCAS...^{xix} (Caderno de Campo, junho de 2015).

A reciprocidade parece mesmo permear várias esferas de todo o debate em torno da Cracolândia. Um ex-trabalhador da região, redutor de danos, que possui uma trajetória pessoal dentro da umbanda, nos contou que:

^{xviii} “Obrigações” aqui se referem aos trabalhos feitos nas religiões afro para os orixás e demais guias espirituais.

^{xix} A revista OCAS é um projeto de geração de renda para pessoas em situação de rua. Os participantes são revendedores de uma revista que lhes custa 1,00 real e é vendida por 3,00 reais. Mais informações em: <http://www.ocas.org.br/#!quem-somos/c19ug>.

“... Eu saía de lá [da Cracolândia] mais para lá do que pra cá, não me sentindo mal, mas sentindo uma presença muito forte, e não era do meu Exu, mas do meu Oxóssi, porque eu ia para lá com o intuito de, de alguma forma, poder ajudar as pessoas, e Oxóssi é isso, essa linha de cura, não cura no sentido de que vou levar “a cura” pra galera, você entendeu né...” (Caderno de Campo, 13 de setembro de 2015).

Não são apenas os trabalhadores de instituições religiosas que são espiritualizados, muitas pessoas que circulam nesse território, sejam de organizações não governamentais (ONG's), sejam militantes, trabalhadores de programas públicos, seja funcionários do Estado ou da Prefeitura, também são. Adorno^{xx} em debates públicos sobre a Cracolândia, a definiu como uma “feira de milagres”, onde muitas pessoas estão disputando os usuários para realizar o seu milagre e provar a verdadeira vocação de sua igreja, religião e deus.

Em 2011, o projeto do artista plástico Zarella Neto causou comoção pública, envolvendo a mídia, moradores do bairro e usuários de crack na região. Na Rua Apa instalou a imagem da “Nossa Senhora do Crack”⁹, uma imagem da Virgem Maria sob um fundo azul claro e uma luminária. Essa “padroeira dos usuários de crack” não resistiu dois dias no lugar, pois foi destruída por eles que consideraram a ideia de sua criação e exibição um absurdo e extremamente desrespeitosa. Segundo a matéria jornalística no site G1⁹, o problema seria misturar a imagem de Virgem Maria a do crack: como o crack – que seguramente não é algo de Deus – se mistura com a mãe de Cristo?

Na conversa que tivemos na “maloca” do Montanha durante a escrita desse artigo, o anfitrião explicou o que realmente aconteceu:

“Eu ajudei a quebrar! Eu morava na Apa essa época. Destruímos essa imagem porque achamos que era um golpe de marketing, nessa época a Apa estava em evidência. Ele colocou a imagem num ponto estratégico, onde ia passar o ministro da cultura. Achamos uma atitude oportunista. Eu expliquei pro artista. A Funarte tava ocupada, ele estava querendo aparecer. Sabe né, tá cheio de oportunista querendo aparecer em cima” (Montanha).

Por fim, mesmo os trabalhadores e/ou pesquisadores que estiveram nesse território, supostamente motivados por outros sentidos, acabam, de alguma forma, esbarrando na questão “espiritual” do lugar, nem que seja no sentido de fazer algum tipo de ritual de proteção antes de chegar, ou um ritual de “limpeza” das energias pesadas depois de sair. Montanha aponta que isso acontece porque:

“As pessoas vêm aqui cumprir uma missão. Essa conversa não é a toa, era pra acontecer. A minha prenda é esse papo. As pessoas que trabalham na Cracolândia e fazem com prazer é porque vieram ao mundo com uma missão, não tem outra lógica” (Montanha).

Considerações Finais

O participante do fluxo encerra a nossa conversa sobre o conteúdo desse artigo de um modo que não poderia ser melhor, inclusive no atual momento político:

“O mundo físico não é nada. É o mundo de ilusão. O que vai prevalecer é sempre o espiritual, o físico é passageiro. O Dória tá falando um monte de coisas, que vai acabar com a Cracolândia..., vai nada! Ele não vai acabar nunca, porque ninguém vence as forças espirituais. Vários já tentaram. Mas quando tentaram acabar com os judeus, os tornaram mais

^{xx} Antropólogo da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo que pesquisa e orienta pesquisas sobre a região da Cracolândia.

poderosos. Pode até acabar por um tempo, mas não vai acabar, é espiritual, não é a vontade dos homens” (Montanha).

Consideramos, portanto, o aspecto da espiritualidade como um tema central do território da Cracolândia. É possível ver diversas linguagens para a manifestação da fé, que, de maneiras similares, porém diferentes, produzem elaborações e fortalecimentos em oposição à condição de vulnerabilidade que as pessoas atravessam nesse contexto. Contudo, vale ressaltar a importância de se preservar a diversidade da vida e religiosa, e ter o cuidado de evitar a moralização do modo de vida das pessoas que ali transitam. Quanto mais presente o monopólio de um único olhar, maior o peso da moral sobre a singularidade das pessoas e o lugar que habitam.

Referências

1. Arroyo L. Memória e tempo das igrejas de São Paulo. Ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional; 2010.
2. Bíblia. A. T. Ezequiel. In: Bíblia. Português. Bíblia sagrada: contendo o antigo e o novo testamento. São Paulo: Edição Pastoral. Editora Paulus. 1990; 37:5-6.
3. Bíblia. A. T. Jó. In: Bíblia. Português. Bíblia sagrada: contendo o antigo e o novo testamento. São Paulo: Edição Pastoral. Editora Paulus; 1990.
4. Bíblia. A. T. Levítico. In: Bíblia. Português. Bíblia sagrada: contendo o antigo e o novo testamento. São Paulo: Edição Pastoral. Editora Paulus. 1990; 22:20.
5. Bíblia. A. T. Salmo. In: Bíblia. Português. Bíblia sagrada: contendo o antigo e o novo testamento. São Paulo: Edição Pastoral. Editora Paulus; 1990. 91:5-7.
6. Calil TG. Condições do lugar: Relações entre saúde e ambiente para pessoas que usam crack no bairro da Luz, especificamente na região denominada cracolândia. 2015. Dissertação de Mestrado. São Paulo: FSP-USP; 2015. 145 p.
7. Foucault M. Em defesa da sociedade. Trad. Mana Ermantina Galvão. São Paulo: Martins fontes; 1999.
8. Gomes, BR. O uso ritual da ayahuasca na atenção às populações de rua. Salvador: Edufba, 2016.
9. Globo.com. Imagem de ‘Nossa Senhora do Crack’ causa polêmica em SP. 23 nov 2011. Disponível em: <http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2011/07/imagem-de-nossa-senhora-do-crack-causa-polemica-em-sp.html>
10. Goulart SL, Labate BC. O uso ritual das plantas de poder. Campinas: Mercado de Letras; 2005.
11. Hansen H. Pharmaceutical Evangelism and spiritual capital: an american tale of two communities of addicted selves. In: Raikhel E, Garriott. (Orgs.). *Addiction Trajectories*. Durham and London: Duke University press. 2013; 4:108-125.
12. MacRae E. Guiado pela lua: xamanismo e uso ritual da ayahuasca no culto do Santo Daime. São Paulo: Editora Brasiliense; 1992.
13. Martins RCR; A escuta ético-política na rua. 2016. Dissertação de Mestrado. Curso de Psicologia Social. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2016. 100 p.
14. Muramaki R, Campos CJG. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Brasília: Rev. Bras. de Enf.* mar-abr 2012; 65(2):361-7.
15. Museu de Arte Sacra de São Paulo. Programa educativo. Disponível em: <http://www.museuartesacra.org.br>
16. Rosa MD. Uma escuta psicanalítica das vidas secas. *São Paulo: Textura (São Paulo)*. 2002; 2(2):42-47.
17. Rosa MD. Psicanálise implicada: vicissitudes das práticas clínico políticas. *Porto Alegre. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*. jul. 2011/jun. 2012; vol. 41: 29-40.
18. Trinta DRF. Deus e o Diabo na terra do crack: uma etnografia da “cosmopolítica” Batista. Monografia de Bacharelado. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, 2014.

Exposição e invisibilidade: as narrativas de usos e controles de drogas consideradas ilícitas¹

Exposure and invisibility: the narratives of uses and controls of illicit drugs

Selma Lima da Silva^{II}; Rubens de Camargo Ferreira Adorno^{III}

Resumo

Quando se estuda o uso de crack parece haver unanimidade: o uso sempre é problemático. Diversos estudos são desenvolvidos com usuários que estão em tratamento e/ou internados. Ou então, quando se trata de usuários em cenas públicas, da rua, não se interpreta o contexto, a situação de rua e todas as outras questões sociais envolvidas, mas todas as mazelas são apresentadas por uma monocausalidade, a droga. Tendo isso em conta, a perspectiva desse artigo é de colocar em discussão a afirmação de que o uso do crack se daria sem nenhum controle por parte dos envolvidos nesta prática. Visa, também, examinar em que medida os chamados “usos problemáticos” (associados às cenas de uso público) e a produção de discursos morais e estigmatizantes performam as experiências dos usuários de crack de uso não visível. Pretendeu-se, ao mesmo tempo, identificar o uso controlado e analisar os diferentes contextos de uso, levando em consideração o conhecimento construído pelos usuários, fato importante para o desenvolvimento de políticas públicas mais eficazes e que respeitem os direitos e a autonomia dos usuários quer tenham desenvolvido problemas com o uso ou não.

Palavras-chave: Contextos sociais de uso; Uso controlado de drogas; Uso de crack; Política de drogas.

Abstract

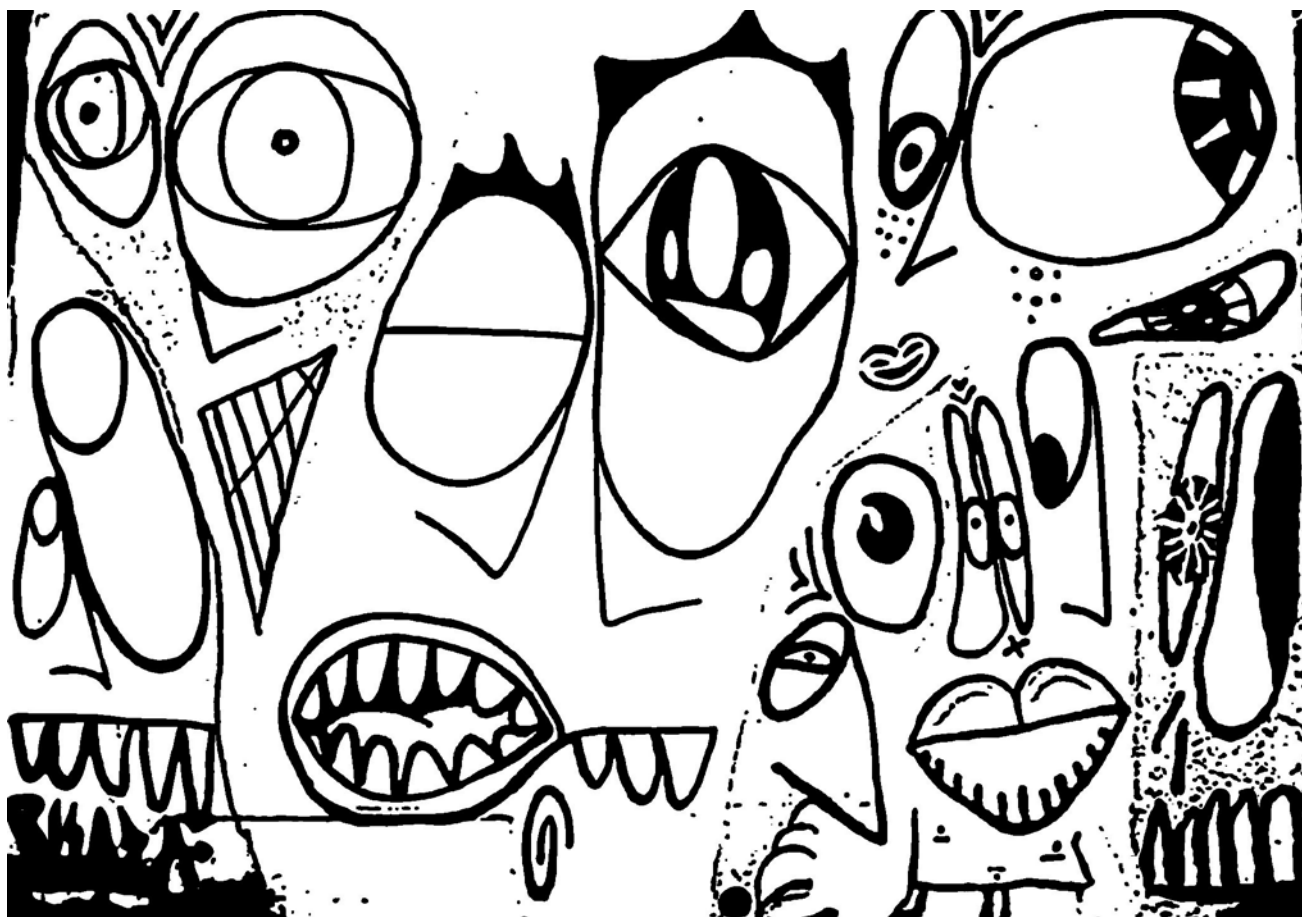
When the use of crack is studied there seems to be unanimity: use is always problematic. Most of the studies are developed with users who are being treated and / or hospitalized. Or when it comes to users in public street scenes, one does not interpret the context, the street situation, and all other social issues involved, but all the ills are presented by a monocausality: the drug. Taking this into account, the perspective of this article is to discuss that the crack use's is would occur without any control on the part of those involved in this practice. It also aims to examine the extent to which so-called “problematic uses” (associated with public use scenes), and the how the moral and stigmatizing speeches perform non-visible crack users experiences. It was also intended to identify the controlled use and analyze different contexts of use, taking into account the knowledge built by the users, it is important for the development of public policies that respects rights and autonomies of the users, whether they have developed problems with uses or not.

Keywords: Social contexts of drugs uses; Controlled use of drugs; Crack uses; Drug policy.

¹Este texto é parte da tese “A Exposição e a Invisibilidade: percursos e percalços por Lisboa e São Paulo: as narrativas dos usos e dos controles do uso de crack”, de Selma Lima da Silva, apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Saúde Pública da USP São Paulo, 2017²¹.

^{II} Selma Lima da Silva (selmals@yahoo.com.br) é socióloga, Mestre em Saúde Pública e Doutora em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

^{III} Rubens de Camargo Ferreira Adorno (radorno@usp.br) é antropólogo, Mestre em Saúde Pública, Doutor e Livre Docente em Saúde Pública. Foi professor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.



Introdução

A constituição do uso de drogas como um fenômeno social nas sociedades contemporâneas enfrentará sua trajetória como uma questão biopolítica, desdobrada desde os aparatos jurídicos repressivos do Estado ao campo da saúde, sem necessariamente ser tratado, desde o início, como uma questão de saúde pública, mas, principalmente, como uma questão de intervenção médica. As relações de classe, as desigualdades sociais, as relações de poder, são transversais às polêmicas, propostas e políticas de intervenção no campo da saúde. Partimos aqui do princípio de que a Saúde Pública e, mais assumidamente,

a Saúde Coletiva – como movimento que tem uma história na sociedade brasileira – têm um caráter de natureza mais explicitamente política do que de atenção médica e psiquiátrica no âmbito do consumo e atendimento de serviços dessas especificidades.

A questão das drogas foi sendo construída como um problema “psiquiátrico-médico” sem que necessariamente fosse discutido por setores mais amplos e pertinentes a esse campo, que, por si só, já demandava uma discussão sócio-política e uma compreensão multidisciplinar mais ampla. Essa questão ficou, no entanto, restrita ao campo da Medicina Psiquiátrica, quando não, da Polícia, dependendo do lugar social, gênero, raça-cor e etnia dos sujeitos que se viam

expostos à condição do uso de álcool e drogas. Esse dispositivo médico-policial se desenvolve ao longo do século XX e, mais acentuadamente, depois da II Guerra Mundial^{IV,33}.

O uso de drogas ganhou visibilidade de forma mais pública, para além das esferas psiquiátricas e também jurídicas, com o advento da aids; embora a compreensão do fenômeno social das drogas ainda tenha ficado restrita a uma visão epidemiológica que a reduzia à esfera dos cuidados e da intervenção orientada por uma gestão “bioquímica da droga”, isto é, quando se pensa o corpo a partir de um referencial restrito ao seu funcionamento biológico e a droga como agente (desqualificando, assim, contextos e agenciamentos dos sujeitos que seriam de importância à área interesse da saúde pública), para intervir sobre pretensos agravos à saúde da população. Como o uso de droga – injetável –, nesse momento, surge como um problema que se relacionava com uma epidemia – a aids – passa pertencer de maneira mais visível como um problema para a saúde pública. Nesse contexto, ainda que de forma instrumental e insipiente, passa a se interessar e escutar possibilidades de compreensão e intervenção a partir da área das ciências sociais e comportamentais, como aponta Adorno³:

“A introdução das ciências sociais e, mais recentemente, da etnografia no campo sanitário, que atribui às ciências sociais um papel “técnico” ou de ferramenta para trazer os grupos de difícil acesso para os serviços de saúde se relaciona com expressões de caráter epidemiológico como maneiras de intervir em “populações ocultas”, “populações de difícil acesso” ou “populações vulneráveis”, esta última expressão mais largamente utilizada no Brasil, passam a fazer parte do repertório da

saúde pública/coletiva, notadamente após a epidemia do VIH-aids”³ (p. 543-567).

Contudo, o uso de drogas injetáveis...

...“só se tornou objeto de preocupação das políticas de prevenção e controle da aids, em 1988, quando foram elaboradas as primeiras propostas de intervenção junto a este grupo específico. Além disso, até o surgimento da aids o desconhecimento desse assunto era quase completo, sendo tratado mais no âmbito jurídico-penal do que como uma questão de saúde pública”¹⁹(p.95).

Além disso, até que uma política já adotada em outros países fosse possível no Brasil transcorreram mais uns anos, pois o tema do consumo de drogas ilícitas sempre foi tratado por ações e operações repressivas como ocorreu em relação ao uso de drogas (cocaína) injetável, o que levou a conflitos, prisões e disputas jurídicas até a edição do Decreto nº 42.927, de 13 de março de 1998 regulamentando a Lei nº 9.758, de 17 de setembro de 1997, que autoriza a Secretaria da Saúde a distribuir seringas descartáveis aos usuários de drogas injetáveis no Estado de São Paulo¹.

A pesquisa sobre o uso de drogas passou a ser tema de interesse da Antropologia, a partir dos anos 1950 do século passado, quando esse uso passa a se constituir em “problema das drogas”. No Brasil, até a década de 1990 desse mesmo século, a pesquisa sobre drogas nas Ciências Sociais era bastante incipiente e focavam mais na violência e criminalidade associadas ao tema. Quanto aos estudos etnográficos sobre o uso de drogas, até 1994, no país, segundo Macrae²⁴, podia-se contar apenas com quatro trabalhos pioneiros, como os de Velho³⁹, Macrae e Simões²⁵, Lima²⁴ e Fernandez¹⁴.

Epele¹¹ sinaliza a mesma dinâmica com relação aos estudos sobre o uso de drogas na Argentina:

^{IV} A história desse processo no Brasil pode ser consultada em trabalhos como os de Torcato³³.

(...) Además de um conjunto de antecedentes locais sobre el uso de drogas, específicamente dentro del dominio de salud mental y de la epidemiología (...) el desarrollo del conocimiento sobre este tema estuvo forzado, principalmente, por la emergencia instalada por la epidemia del VIH-sida”¹¹ (p. 35).

A autora destaca que pesquisar o uso de drogas definiu novos desafios para as Ciências Sociais e para a Antropologia e que a noção de “populações invisíveis” e de “difícil acesso”^v, na área da saúde, criaram uma demanda para estudos etnográficos como possibilidade de acessar essas populações com desafios metodológicos que também se colocavam para pesquisas sobre o uso de drogas¹¹:

“Trabajar com poblaciones de usuarios/as de drogas impone la inclusión y la resolución de las distancias y obstáculos: el estigma, la discriminación, la ilegalidad, las sanciones sociales y los estados subjetivos asociados al consumo de sustancias psicoativas. La observación participante hace posible confrontar y neutralizar los sesgos que implica el desarrollo de entrevistas em estas poblaciones y contextualizar em lógicas locales las características y consecuencias de determinadas prácticas de consumo de drogas”¹¹ (p.29-30).

Epele ainda destaca que o desenvolvimento de estudos antropológicos que abordaram criticamente o uso de drogas e populações marginalizadas ocorreu em um momento de revisão teórica e metodológica da etnografia, como método, a partir da entrada dos antropólogos em territórios cercados pela violência cotidiana onde intensos conflitos,

enfrentamentos armados e guerras têm lugar e onde sofrimentos intensos e demandas de saúde impõem suas agendas, fazendo essas tensões passarem a fazer parte da pesquisa etnográfica¹¹.

Poder compreender os usos de drogas pela perspectiva do sujeito e de seu contexto de uso e conhecer o seu entendimento acerca do próprio uso é um objetivo que a etnografia pode desenvolver. A pesquisa que aqui apresentamos “A Exposição e a Invisibilidade: percursos e percalços por Lisboa e São Paulo: as narrativas dos usos e dos controles do uso de crack”³¹ objetivou conhecer outros usos possíveis de crack e, também, compreender os significados atribuídos ao uso durante as trajetórias de uso dos sujeitos, no contexto em que estão inseridos, suas práticas de uso e as estratégias para o controle do uso e para o uso em si, além de verificar como essas práticas e estratégias se dão, assim como são construídas na sua experiência e em seus percursos de uso, mediadas reflexivamente pelo imaginário do uso problemáticos. Para isso, além de se valer de etnografia realizada na cidade de São Paulo e de Lisboa, ouviu usuários e ex-usuários de crack de uso não visível, nessas duas cidades, que não estavam em centros de tratamento.

Usos controlados de crack: percursos metodológicos

As pesquisas desenvolvidas com usuários de drogas, em geral, e, com o crack em particular, os acessam via centros de tratamento para usos problemáticos ou, com essa mesma perspectiva, enquadram aqueles que se encontram em “cenas” de uso público. Isso acaba por enviesar tais estudos, pois, o fato de a pessoa estar em tratamento já deixa claro a existência do “uso problemático” e reforça, principalmente no caso do crack, a noção determinista de que todo uso terá o mesmo fim. Na pesquisa aqui

^v Essas expressões surgiram na epidemiologia como um campo que buscava estratégias para acessar aqueles grupos que por se considerarem excluídos ou discriminados eram alvo de intervenções sanitárias e deviam ser atingidos por medidas de saúde para serem alvo do controle e transmissão de determinadas doenças, em geral doenças transmissíveis.

apresentada, realizada em Lisboa e São Paulo³¹, a pretensão foi exatamente o contrário, criar um vínculo para que as pessoas pudessem discorrer livremente sobre suas histórias de vida e os usos que faziam, tanto de drogas lícitas, como das ilícitas, tendo como pressuposto de que havia e/ou seguiam usando o crack entre as preferências que tinham por esta ou aquela droga.

O consumo de drogas por ser uma prática considerada ilícita e sujeita a reprovação social ou funcionar como uma categoria acusatória³⁵ traz maior dificuldade de ser alcançado como objeto de pesquisa. Os usuários dessas substâncias preferem manter o uso fora das vistas e do conhecimento de quem não é partidário de tais experiências, visando uma proteção a possíveis problemas relacionados à justiça e/ou à esfera social – como amigos e familiares desconhecedores de sua prática, também na escola, no trabalho, etc. Com isso acessá-los se torna uma tarefa bastante delicada e de elevado grau de dificuldade, principalmente quando a substância utilizada é o crack.

No caso do crack, muitas vezes, o uso é omitido ou ocultado também do círculo de amigos que utilizam outras substâncias em conjunto. Isso demonstra como o crack consegue acionar o discurso do medo e do determinismo do poder da substância que direciona os utilizadores para um padrão de consumo sem controle. Dessa forma, estabelecer uma metodologia que desse acesso aos utilizadores de crack teria de ser construída no próprio processo de busca desses interlocutores.

Becker⁵ defende a ideia de que a metodologia não pode ser pensada “a priori” e sim como consequência do próprio objeto de estudo e das relações que se estabelecem no campo da pesquisa. Portanto, tem de ser pensada por quem está fazendo a pesquisa. Defende ainda, que a interação pesquisador, contexto e pesquisado fazem parte do método devendo também fazer parte da análise.

Este estudo se utilizou da contribuição da Antropologia, mais especificamente da etnografia. Para Geertz¹⁷, o que se faz em Antropologia é sempre uma etnografia e só com base no entendimento do que seja a prática etnográfica é que se compreende o que é a análise antropológica como forma de conhecimento. O autor ressalta, porém, que essa não é uma questão de métodos e procedimentos. Assim, a prática etnográfica inclui em seus instrumentos, segundo ele:

“...a observação direta de comportamentos, a observação participante (quando há um maior envolvimento no cotidiano do grupo pesquisado), coleta de depoimentos, história de vida, narrativas orais...”¹⁷ (p.7).

Esta prática proposta por Malinowski introduz o pesquisador no mundo “nativo”. Geertz também destaca que o pesquisador deve ter claro que:

“...seja qual for seu recorte metodológico, um determinado bairro, instituição ou seita religiosa, ou ainda outro objeto de pesquisa, recomenda o reconhecimento de que este objeto faz parte de uma rede mais complexa”¹⁷ (p.5).

O exercício de tornar o estranho familiar e o familiar estranho constitui movimento fundamental para apreensão da realidade por parte da prática antropológica, tornando possível, desta forma, uma visão menos contaminada pela naturalização dos fatos cotidianos e possibilitando perceber os vários sentidos e significados presentes nas práticas dos diversos atores sociais. Assim sendo, a escolha da Antropologia justifica-se pelo próprio objetivo da pesquisa que envolve o consumo de substâncias psicoativas, conhecidas genericamente como “drogas”, neste caso o crack, como comenta Velho³⁶:

“(...) A contribuição da antropologia para a compreensão desta problemática consiste em mostrar como existem n maneiras de utilizar as substâncias, em função de variáveis culturais e

sociológicas. Estas não só se somam, como complexificam as distinções que possam ser registradas ao nível da análise bioquímica”³⁶ (p.24).

Como, no estudo feito com usuários de crack, está se tratando de um comportamento estigmatizante – o consumo de drogas – julgou-se necessária a contribuição dos interacionistas simbólicos para analisar tais práticas.

Com o início da Antropologia Urbana, a pesquisa etnográfica deixou de olhar para o outro estranho e distante e passou a olhar para o familiar e próximo²⁷. Neste contexto, a Escola de Chicago torna-se um dos expoentes da Antropologia Urbana e origina a teoria do desvio. Nessa teoria, o desviante é entendido como o indivíduo que transgredir as normas socialmente estabelecidas, intencionalmente ou não, devido a algum defeito caracterológico ou de falha de socialização, sendo marginalizado por isso. Nessa concepção, o desvio é entendido como algo que o indivíduo traz em si e que o afasta do desenvolvimento ideal.

Os interacionistas simbólicos, por sua vez, irão entender o desvio como consequência da aplicação, pelos outros, de sanções dirigidas ao indivíduo que apresenta comportamento diferente dos socialmente estabelecidos, passando, dessa forma, a ser rotulado por tal comportamento. Desse modo, esses autores não entendem o desvio como algo inerente ao indivíduo, mas como socialmente produzido, onde tal produção se faz com o intuito de manter a ordem social.

Velho³⁷ propôs uma relativização do conceito de desvio. Em seu livro “Desvio e Divergência”, discutiu a necessidade de se trabalhar com o conceito do desvio de uma maneira mais relativizada, superando a “camisa de força” de preconceitos e intolerâncias para deixar de vê-lo como patologia em visões que variam de um psicologismo a um sociologismo de produção individual e fragmentada, desvinculada da sociedade e da

cultura, para passar a vê-lo como uma interação indivíduo e sociedade e/ou indivíduo e cultura. O autor aponta, ainda, que o “desviante” não está fora de sua cultura, na verdade ele apenas faz uma leitura divergente das regras socioculturais estabelecidas, chamando a atenção para o caráter político que existe entre o conflito rotulador/rotulado sobre o “desviante”, resultado da força que determinados grupos assumem na sociedade para poder designar esses indivíduos sem poder social, como “desviantes”.

Tendo iniciado uma discussão sobre os consumos “problemáticos” em espaço público e seus controles em estudo anterior e com o propósito, discutir e desvelar outros consumos possíveis do crack³¹ buscou-se, para o estudo relatado, os discursos e práticas dos envolvidos nesses usos, a polissemia dos significados atribuídos pelos sujeitos em variados contextos, práticas e produção dos discursos atribuídos ao crack. Focou-se, também, sobre a forma como a substância é pensada/atualizada pelos diversos sujeitos que foram ou são consumidores do crack. Dessa forma, poder entender como tais concepções interferem nos efeitos, tanto do controle do uso, como também de seu descontrole, além de tentar entender quais são os parâmetros de controle e descontrole acessados e acionados e em que momentos do histórico de consumo. Buscou-se, assim, verificar o quanto a noção de descontrole está intrinsecamente associada com a concepção/crença no poder da substância e como, subjetivamente, o descontrole está associado às cenas de uso público.

A proposta de estudar os usos que não aconteciam em espaço público, denominado como “invisíveis” implicou em mais dificuldades de acessar pessoas que tinham tais práticas, cabendo lembrar que a visibilidade dada pelo espaço aberto já traz em si uma invisibilidade. Quem olha para os usuários nesses espaços não enxerga

singularidades, individualidades. Se eles não conformam uma grande massa, são conformados por julgamentos morais que acabam por unificá-los em uma categoria de acusação³⁵ em que perdem seu direito a humanidade, não sendo “mais iguais a nós”, mas sim “pobres coitados que deixam de ser um humano e se tornam zumbis”. Ou melhor, não se olha mais para os usuários nesses espaços, se olha para os espaços que os congregam e para suas práticas “condenáveis”, terminando por redefinir tais espaços como “terra de ninguém” onde não há regras, aonde, portanto, tudo pode acontecer, ou melhor, em “terra do crack”, aonde nada de bom pode acontecer, visto que é um espaço onde o crack é o soberano.

O espaço de uso público do crack, no centro da cidade de São Paulo, se constitui em terreno fértil para as explicações/ressignificações místicas das trajetórias dos sujeitos. Lá, os próprios usuários denominam o local, de acordo com suas convicções/crenças religiosas, como “Inferno”, “local de provação”, “local pesado onde os gatos não conseguem sobreviver”.

Todas as entrevistas foram gravadas com consentimento dos interlocutores e transcritas. Enquanto conversas informais e descontraídas, não promoveram nenhum constrangimento para falar sobre o tema, orientaram, em linhas gerais, para que falassem de quem eram, de suas trajetórias com o uso de drogas e, especialmente, com o uso do crack na vida. As entrevistas foram conduzidas o mais próximo de uma conversa informal, facilitando o diálogo mais aberto que, se por um lado, geraram narrativas densas, por outro, não permitiram que alguns dados objetivos fossem alcançados, muito embora, isso também se deveu ao fato de narrarem experiências passadas e que, quando acionadas, traziam à memória, não apenas a lembrança da experiência vivida, mas também a reflexão sobre ela.

Ainda, devido a toda a dificuldade para acessar interlocutores que quisessem falar sobre suas experiências, as entrevistas foram iniciadas pela fala da própria trajetória da pesquisadora no campo, sobre o uso de drogas, lícitas e ilícitas na vida, tencionando equilibrar, mesmo sabendo ser impossível eliminar, a desigualdade que se coloca a priori entre a informação dada pelo interlocutor e a interpretação desta feita pelo pesquisador. Também com isso, procurou-se não colocar o pesquisador em posição de alguém que faria um julgamento moral das narrativas, permitindo que o momento apenas propiciasse uma discussão dos saberes e das experiências vividas e permitindo ouvir os interlocutores a respeito da liberação e ou descriminalização das drogas e o que entendiam sobre os termos/categorias “viciados”, “dependentes”, “adictos”, “doente”, além do que entendiam por controle e descontrole.

Buscando preservar suas identidades foram atribuídos outros nomes aos interlocutores, mesmo quando alguns deles autorizaram a identificação, visto que, como algumas pessoas entrevistadas faziam parte de uma rede de amigos, a identificação de um pudesse identificar facilmente outros indivíduos. Também foram omitidos nomes de cidades, bairros de moradia e locais de trabalho que pudessem facilitar uma identificação.

A descoberta dos usos controlados e do aprendizado de uso de uma droga: discussão^{vi}

A contracultura dos anos 1960, influenciada pela geração *beat* da década anterior, buscava novos valores em oposição aos valores da sociedade capitalista e o uso de drogas que fazia parte

^{vi} Esse artigo não reproduz os resultados mais específicos e conteúdo das narrativas do estudo “mas desenvolvemos algumas interpretações e conclusões que chegamos nessa pesquisa

de uma atitude contestatória buscava, além de tudo, uma autonomia do homem com seu corpo e relacionamentos que levassem em conta mais os sentimentos do que as convenções sociais, valorizando as experiências espirituais em oposição aos valores materiais vigentes^{7,9,24}. Dessa forma, algumas substâncias, como o dietilamida do ácido lisérgico (LSD), a mescalina, o peiote, os cogumelos e a maconha, começaram a ser utilizadas com o objetivo de ampliação da consciência visando o autoconhecimento.

Foi a partir dessa década também, que a utilização de substâncias psicoativas entrou para os temas de interesse da Antropologia. Alguns estudos tornaram-se referência, como o de Castañeda⁹, sobre o uso do peiote, e o de Becker⁷, sobre o uso da maconha. Os usos eram estudados sob a perspectiva do uso ritual das plantas psicoativas por determinadas sociedades ou grupos, em que se observava que sua utilização no contexto de uma determinada cultura nunca extrapolava os limites dos valores culturais em que estavam inseridos, não ocasionando abusos ou problemas para os usuários e suas sociedades.

Nesse contexto, houve maior interesse no estudo do uso controlado dessas substâncias, tendo como pressuposto que, também nas sociedades complexas existiria um ritual de uso e iniciação em que ocorreria um aprendizado não só da maneira de usar, como também das sensações esperadas, no gostar dos efeitos, em saber escolher o melhor local para o uso, na dosagem adequada e em como evitar os efeitos indesejados, entre outros aspectos, ao que Becker⁷ chamou de “carreira do usuário”.

Becker⁶, em seu artigo “Consciência, Poder e Efeito da Droga”, demonstrou como, tanto no uso das drogas lícitas, como o das ilícitas, existe um conhecimento adquirido pelos usuários. Porém ressaltou que, paradoxalmente, os usuários de drogas ilícitas têm mais conhecimentos e,

portanto, mais poder sobre o seu uso e sobre a substância, já que o responsável pela sua administração é ele mesmo e não um médico. Para o autor, esse conhecimento norteará a experiência que terá com a droga, uma vez que os usuários já sabem que efeitos devem esperar, tanto no que se refere aos desejados, como aos indesejados.

Cria-se, então, uma “cultura da droga” à medida que se conhece qual a melhor dosagem para obter os efeitos desejados, como se evitar os efeitos indesejados, qual a melhor via de administração, qual o melhor local para usá-la e com quem. Esse aprendizado é fruto de experiências do indivíduo que são “testadas” em comparação às experiências dos demais. Dessa maneira, os efeitos que uma droga pode produzir estão associados tanto a sua ação fisiológica, como às diferenças individuais e culturais, aos cenários de uso e ao conhecimento circulante sobre a substância.

Zinberg⁴⁰, em seu livro “*Drug, Set and Setting*”, discutiu sobre o uso controlado de substâncias psicoativas. Defendeu que o uso de drogas deve ser abordado levando em consideração uma complexidade de fatores: os fatores farmacológicos, relativos à atuação da substância em si, não estão isolados e nem são independentes do estado psíquico do indivíduo no momento do uso e de sua estrutura de personalidade, assim como da influência do meio físico e social onde ocorre o uso e dos significados culturais que lhe são atribuídos. Sendo assim, o meio social, através do desenvolvimento de sanções e rituais, possibilita o controle do uso de drogas ilícitas ao determinar valores e regras de conduta (sanções sociais) e padrões de comportamento (rituais sociais), gerando, assim, controles sociais informais.

Em seu estudo, Zinberg⁴⁰ acompanhou usuários de heroína que mantinham um padrão de uso controlado que resultava na redução dos efeitos indesejados e verificou que eram pessoas com

outras atividades, que apresentavam o uso do psicoativo apenas como uma pequena parte de suas vidas. O autor comentou que os estudos da década de 1960 igualaram e raramente deram atenção ao consumo ocasional ou moderado como padrão viável. Quando isso ocorria, eram vistos como um estágio transitório para a abstinência ou para a utilização compulsiva, além de só abordarem pessoas que tinha problemas com o uso.

Somente na década de 1970 a comunidade científica começou a reconhecer estudos sobre padrão de uso. Grund²⁰, em seu estudo *“Drug Use as a Social Ritual: Functionality, Symbolism and Determinants of Self-Regulation”*, em que acompanhou usuários de heroína e cocaína, confirmou o enfoque de uso controlado das drogas proposto por Zinberg. Porém, para entender os processos de autorregulação Grund introduziu dois novos elementos: a disponibilidade da droga e a estrutura de vida²⁰. Esses, conforme o autor, irão influenciar no estabelecimento de rituais e regras que promovem a autorregulação.

Disponibilidade da droga, rituais e regras formam um trio que se retroalimentam e determinam o processo de autorregulação que controla o uso de drogas. Mas entende-se que, sob uma política proibicionista, a disponibilidade de drogas será afetada, o que prejudica a manutenção de rituais e regras, uma vez que o foco do usuário se concentrará em conseguir a droga com um afrouxamento dos rituais e regras para a regulação do uso:

“Como resultado, rituais e regras relacionados à droga tornam-se menos dirigidos à autorregulação e segurança no sentido de saúde, e mais para salvaguardar, cobrir e facilitar o uso de drogas e as atividades relacionadas (por exemplo, transações de drogas). A disponibilidade suficiente cria, assim, uma situação na qual rituais e regras podem se desenvolver restringindo o uso de drogas e

induzindo padrões de uso estáveis. Isso não significa necessariamente níveis mais baixos de uso de drogas”²⁰ (,p.243)^{vii}.

Grund²⁰ mostra que, quando as drogas estavam disponíveis, os usuários eram capazes de manter usos elevados sem desenvolver problemas relacionados a esse uso.

Gilberto Velho³⁹, com seu estudo *“Nobre e Anjos”*, de 1975 (só publicado em 1998), vai abordar o uso de drogas como demarcador de um estilo de vida e de visões do mundo em camadas médias da sociedade carioca e que não se constitui como problema para os seus usuários, pois é utilizado dentro do contexto sociocultural e de consumos a que as pessoas estavam integradas.

Macrae e Simões²⁵ aponta o mesmo na pesquisa *“Rodas de fumo: o uso da maconha entre camadas médias urbanas”*, que traz observação participante e entrevistas com usuários habituais e controlados de maconha que estavam socialmente integrados, com vinculações de trabalho e à sociedade de consumo. Os autores identificaram que a iniciação do uso da maconha, a percepção dos seus efeitos, o desenvolvimento de controles informais do uso e as estratégias de aquisição e a associação do uso com outras atividades, promoviam um padrão de uso controlado.

Alguns autores já demonstraram que os usuários de drogas (mesmo os considerados com usos problemáticos) desenvolvem todo um cálculo de uso³⁴. Pois que, para conseguir a substância, fazem todo um planejamento: têm que conseguir dinheiro e decidir que tipo de atividade desenvolver para isso, ou conseguir algo que possa ser trocado pela substância, além do horário que cada atividade deve/pode ser levada a cabo; também têm que escolher em qual local de venda de droga ir ou qual fornecedor procurar, qual quantidade

^{vii} Tradução dos autores.

comprar, quanto consumir, em qual local consumir, em qual via de uso irá utilizar para conseguir os melhores efeitos, quais apetrechos utilizar para fazer esse consumo e que outras substâncias utilizar em conjunto ou não para evitar efeitos indesejados e/ou potencializar os efeitos desejados. Esses cálculos, para além de demonstrar a agência do usuário para levar a termo o seu consumo, demonstram, também, que existe um aprendizado do uso que é desenvolvido ao longo do seu percurso de utilização da substância.

Na pesquisa de mestrado, concluída em 2000, com o título “Mulheres da Luz: uma etnografia dos usos e preservação no uso do crack”, que teve como objetivo conhecer as relações que se estabeleceram entre a prática da chamada baixa prostituição feminina e a prática do uso de crack, Silva³², buscou entender a importância do uso do crack nesse contexto, qual o papel a droga desempenhava na vida dessas mulheres e como elas articulavam a sociabilidade no espaço que passou a ser conhecido como “Cracolândia”, que apresentava a superposição das atividades de prostituição e uso de drogas que, historicamente, são/eram alvo de ações de repressão policial e de ações sanitárias e que procuram/procuraram, em diversos momentos segregar e confinar as práticas do mercado sexual. Tais ações voltaram a ser acionadas, atualmente, pela indicação de internação compulsória por propostas que defendem essa a forma mais adequada de tratamento para usuários de crack, que vem sendo oferecida pelo Estado como política pública orientada para a disciplina e o controle dos corpos e das práticas¹⁵.

Um dos focos centrais desse trabalho com prostitutas³² foi conhecer as estratégias de controle e aprendizado de uso de crack e o desenvolvimento de autocuidados. Verificou-se que, além dessas estratégias existirem, ao longo dos anos, as mesmas foram ampliadas e passaram também a incorporar os discursos e as estratégias

de redução de danos, fato observado na pesquisa “Usuários de crack e espaços de uso: agenciamentos e relações de trocas em territórios urbanos” (CNPQ: 402697, 2010/2012) coordenada por Adorno² na mesma região entre os anos de 2011 e 2012.

Devemos ainda citar o trabalho de Fernandez¹⁴, “Coca-Light? Usos do corpo, rituais de consumo e carreiras de “cheiradores” de cocaína em São Paulo”, que acompanhou um grupo de usuários de cocaína em dois períodos distintos com um intervalo de 11 anos, verificando a eficácia das estratégias de controle do uso desenvolvidas por esses sujeitos e apontando, como um determinante do sucesso de tais estratégias, o contexto no qual essas estratégias eram utilizadas, a aprendizagem do uso e as condições socioeconômicas dos sujeitos.

Decorte¹⁰, em seu estudo “*Drug users perceptions of ‘controlled’ and ‘uncontrolled’ use*”, desenvolveu um estudo que denomina de etnográfico com 111 usuários experientes de cocaína, com idades entre 19 e 64 anos, em que um terço do total constituído por mulheres com renda entre 1.120,00 a 1.400,00 dólares por mês e que faziam um uso controlado, buscando compreender porque alguns usuários conseguem atingir e manter o uso controlado de cocaína, enquanto outros perdem o controle. A média de idade de início de uso da droga foi de 20 anos e, nos três meses anteriores à entrevista, 81,1% estavam utilizando em diferentes quantidades e 18,9% não estavam mais consumindo. Essa pesquisa, realizada na cidade da Antuérpia, Bélgica, pesquisou pessoas que não se encontravam em tratamento e não faziam parte de populações vulneráveis e/ou com problemas com a polícia e com a justiça. Os participantes foram recrutados na vida noturna da cidade e convidados a responder à entrevista que buscava identificar e descrever os mecanismos de controle informal ou de autorregulação dos

usuários controlados de cocaína e como esses controles eram repassados, O estudo, demonstrou que os usuários controlados têm papéis significativos na vida cotidiana convencional (trabalho, estudos, relações familiares) e baixa vulnerabilidade social, além de conseguirem manter diversos interesses não centrados nos consumos de drogas e uma rede de amizades que inclui também não usuários de drogas. Esses fatores lhes dão uma identidade positiva e estimulam a manutenção do uso controlado.

Jackson-Jacobs²³, que pesquisou o uso de crack em um contexto protegido, a que deu o título de: *“Hard drugs in a soft contexto”*, relacionou as formas de uso com classe social. No estudo longitudinal, com usuários da classe média-alta americana que frequentavam e residiam em um *campus* universitário, comparou o uso feito por esses com o uso que se fazia nos “guetos” das cidades americanas, onde a visibilidade dada pelo uso e as condições socioeconômicas precárias das populações que lá residiam tinham papel importante no que era considerado o “problema do crack”, situação em que os jovens dos guetos sofriam todas as sanções públicas, morais e legais pelo envolvimento com a droga, inclusive sendo levados às prisões, ação, que retroalimentava o discurso moral do “problema do crack”.

Hart e colegas²¹ desenvolveu pesquisa com usuários de crack entre os anos de 1998 e 1999, tentando demonstrar que esses usuários podiam fazer escolhas racionais e não ficavam alheios a outros incentivos devido ao uso grave da droga. Nesse estudo com seis usuários experientes, em que houve internação para autoadministração do crack, foi disponibilizado um vale de 5,00 dólares em dinheiro ou mercadoria como estratégia de reforço alternativo ao uso do crack. No início do dia, antes de fazer a escolha entre o crack e os vales de mercadoria/ ou dinheiro, era permitido a eles ter uma amostra da dose que seria

disponibilizada. Hart mostra que os resultados, em linhas gerais, apontam que a escolha de se autoadministrar cocaína/crack aumentou significativamente com o aumento das doses (0,12mg, 0,25mg, 0,50mg) e baixou significativamente quanto menos cocaína foi ofertada e os vales de dinheiro estavam disponíveis, em comparação com os vales de mercadoria²¹.

Mesmo em se tratando de estudos epidemiológicos que utilizam categorias psiquiátricas tradicionais, encontramos pesquisas que vão relativizar o imaginário que foi criado em torno dessa droga. Falck e colegas¹³ desenvolveram um estudo longitudinal para saber mais sobre a dependência de crack. A amostra consistiu de 172 usuários de longo prazo que nunca haviam cumprido os critérios do DSM-IV para dependência de cocaína ao longo da vida e que não haviam se submetido a tratamento, entrevistados periodicamente ao longo de 8 anos. Da amostra, 62,8% cumpriu o critério para dependência e não houve diferenças significativas entre os grupos que desenvolveram e que não desenvolveram dependência, quando considerados os dados socio-demográficos; mas houve correlação positiva entre dependência e transtorno psiquiátrico antisocial, hiperatividade e déficit de atenção¹³. Em termos sociodemográficos, apenas a raça/etnia se mostrou significativa, com proporcionalmente menos afro-americanos do que brancos atendendo aos critérios de dependência de cocaína. Dentre alguns dos resultados apresentados nesse estudo, se deu destaque para os listados acima, com a ressalva para o fato de que é possível se fumar crack por muitos anos sem se tornar dependente, embora se tornar dependente fosse o desenvolvimento mais comum. Isso fez pensar o quanto essa informação não é considerada nas pesquisas de modo geral: o fato de alguns usuários usarem o crack por longo período de tempo, sem desenvolverem dependência.

Quando se quer saber mais sobre os problemas associados ao uso de uma substância, é necessário olhar para todos os aspectos que o compõe e não apenas para a vertente problemática (que, com certeza, também é importante). Podemos pensar que a política proibicionista de drogas pode influenciar no desenho de pesquisas desenvolvidas sobre o tema. Discutindo sobre os financiamentos de pesquisas pelo *National Institute on Drug Abuse* (NIDA), nos Estados Unidos, o neurocientista Hart²² argumenta:

“Os cientistas que solicitam verbas ao NIDA sabem perfeitamente que devem enfatizar os danos provocados pelas drogas para obter financiamento. A situação é bem descrita na famosa frase de Upton Sinclair: “É difícil levar alguém a entender algo quando seu salário depende de não entender”. (...) Não estou querendo dizer que as consequências negativas do uso de drogas não devem ser o foco de pesquisas financiadas pelo NIDA. Investigar os aspectos patológicos do consumo de drogas é importantíssimo para desenvolver tratamentos eficazes do vício. Mas a atenção desproporcional hoje concedida aos danos tende a nos atrelar a uma perspectiva distorcida, contribuindo para uma situação na qual certas drogas são consideradas um mal absoluto, e em que o uso de qualquer delas é visto como algo mórbido. Tenho enfatizado neste livro que a maioria das pessoas que usa qualquer substância ilegal faz isso sem problemas. Não se trata de uma aprovação da legalização das drogas. É apenas um fato. O foco quase exclusivo nos efeitos negativos também colaborou para uma situação em que deparamos com a meta indesejável e irrealista de eliminar certos tipos de consumos a qualquer custo. Com demasiada frequência o preço é pago sobretudo por grupos marginalizados”²² (p.292-293).

Oliveira e Nappo²⁸, em seu estudo “Caracterização da Cultura de Crack na Cidade de São Paulo”, cujo perfil sociodemográfico da maioria da amostra se compunha de homens jovens, solteiros, de baixo nível de escolaridade e socioeconômico e sem vínculos empregatícios formais, identificaram também um padrão de uso controlado de crack, caracterizado pelo uso não diário e geralmente associado à manutenção dos compromissos familiares, de estudo e de trabalho, bem como ao desenvolvimento de estratégias intuitivas de autocontrole ou autorregulação que “consistem em estratégias individuais, fatores de proteção internos desenvolvidos pelo próprio usuário ao se basear nas suas próprias crenças e valores”²⁸, chegando à conclusão que:

“Assim, acredita-se que tais estratégias possam ser eficientemente incorporadas a programas de redução de danos, minimizando as implicações de vida associadas ao uso compulsivo”²⁷ (p. 670).

Rui e colegas³⁰ desenvolveram uma pesquisa de avaliação preliminar do “Programa de Braços Abertos”, da prefeitura de São Paulo, realizado na gestão Haddad que teve início em janeiro de 2014 e foi baseado na redução de danos e da intersetorialidade, envolvendo secretarias de saúde, de trabalho, de assistência social e de Direitos Humanos. O referido programa não exigiu dos participantes a abstinência do consumo de crack, mas ofereceu hospedagem em quartos de hotéis na região, bolsa de 15,00 reais por dia para trabalho de varrição de ruas e de manutenção de praças públicas, três refeições diárias no restaurante popular “Bom Prato”, além de tratamento para o consumo do crack e encaminhamento para as demais questões de saúde. Os pesquisadores constataram, no universo de 370 pessoas pesquisadas, que 67% dos atendidos no programa reduziram principalmente o consumo de crack, bem como de outras drogas: 54%

de redução do tabaco, 44% do álcool, 31% da maconha 31%, 51% da cocaína aspirada e 31% dos inalantes 31%³⁰.

Os interlocutores identificados na pesquisa feita no Brasil e em Portugal³¹ são oriundos dos extratos das classes média e média-alta. Todos têm nível universitário, sendo que apenas dois deles não chegaram a obter o título acadêmico, mas trabalham em áreas correlatas aos cursos que não chegaram a concluir.

Com relação às estratégias de controle de e para a utilização do crack e a forma como são entendidas, referidas e acessadas por esses interlocutores nos dois contextos geográficos de uso, as narrativas dos usos que fazem das drogas dispositivos sensoriais e de experiências com as sensações do corpo e com as emoções são a parte mais densa do estudo. Essas experiências passam a ser, digamos, “moduladas” em função do “lugar” em que se encontravam essas pessoas. Por outro lado, visando seguir a linha de pensamento dos interacionistas simbólicos, como Becker, e de teorias do uso como contextuais, como a proposta por Zinberg⁴⁰, foi possível, muitas vezes, de uma maneira sistêmica ou esquemática, traduzir os conceitos de controle, de situações, tais como o sujeito no contexto de uso e da droga de uso, nas entrevistas bem como nas observações de campo. Na verdade, ao tratar do interacionismo são consideradas para além as questões como o aprendizado do uso e o aspecto simbólico do uso entendido como atribuição do sentido.

Gomar¹⁸, criticando a abordagem dos interacionistas simbólicos, ressalta que eles não conseguem se distanciar de um determinismo farmacológico, pois só a partir da ação farmacológica da substância no organismo é que serão atribuídos pelo sujeito sentidos e significados, ou seja, os efeitos.

Considerando que o uso de uma droga pressupõe um aprendizado, nos termos do Becker

(percepção e aprendizado sobre a substância e seus efeitos, aprender a distinguir os efeitos, aprender a desfrutar dos efeitos, aprender a ocultar o uso dos não usuários), e também o resultado de rituais sociais (com as sanções informais grupais e personalidade), os efeitos atribuídos pelo discurso moral e alarmista do uso de drogas também estão reflexivamente presentes e constituindo as subjetividades das pessoas que usam drogas (e o crack) e as suas performances com ela, tanto para o desenvolvimento de um uso “controlado”, como do “descontrolado”. Através desse dispositivo, a droga se torna fetiche e, como tal, agencia seus usos e atualiza os padrões morais de normalidade. Infringir a norma é também validá-la/reconhecê-la/reificá-la.

Como o uso de drogas ilícitas é tomado sempre como problemático e, mesmo podendo ser demonstrado que os usos nas cenas de uso não são homogêneos e que aí, também se encontram usos controlados, o fato dos usos sem controle estarem na cena de uso já desqualifica todo o uso, segundo a visão mais geral circulante na sociedade. Assim, encontrar pessoas que fazem/fizeram o uso de maneira controlada, fora das cenas de uso e poder comparar suas estratégias e seus alcances, é/foi uma maneira de contribuir para um aprofundamento do conhecimento sobre as relações que os sujeitos estabelecem com os usos de drogas, ao mesmo tempo em que relativiza(ou) o determinismo farmacológico em que a substância tem o domínio de todas as esferas da vida do sujeito ou, como diz Decorte, “o farmacocentrismo, que é muitas vezes o paradigma implícito da pesquisa sobre drogas”¹⁰ (p.298).

Tornar-se um usuário de crack de uso controlado pode variar de acordo com os contextos de rua e com os contextos de uso privado. Ainda que algumas generalizações possam ser feitas a respeito da experiência humana com as drogas

(e essas serem importantes), focar no sujeito e em suas possibilidades de agência e no seu lugar social é algo mais abrangente do que pensar apenas em usos e controles desenvolvidos que além de garantir a manutenção de uma vida organizada, garantem a manutenção do uso de forma a desfrutar melhor dos seus efeitos. Ao mesmo tempo, demonstra que conhecer os contextos de uso pode propiciar um saber que não reitere estigmas e preconceitos que terminem por ser mais prejudiciais do que o próprio uso das drogas, pois mesmo quando o sujeito desenvolve problemas com o uso de drogas e busca tratamento, a sua classificação como dependente, que o tira do lugar de “drogado”, “viciado” – aquele que tem uma falha moral –, o recoloca na categoria do que é “fraco”, “doente”, que “depende” – e que, portanto, não tem mais autonomia.

Se analisarmos o termo “recaída” – muito empregado no discurso terapêutico que visa a abstinência, visto como uma forma de entender que faz parte do processo de tratamento –, percebe-se que é um termo carregado de moralidade, uma vez que só recai quem já esteve caído. Recair, assim, não é um termo científico, mas passa a ser empregado por profissionais da saúde e, reflexivamente, pelos usuários problemáticos, familiares e amigos, termo que, subjetivamente, contribui para estabelecer o lugar da “fraqueza” daquele que não conseguiu seguir o caminho, visto que caiu, ou seja, foi de cima para baixo.

Uma das mais referidas estratégias nos dois contextos, de Lisboa e São Paulo, foi “ter consciência”, o que significa ter o controle sobre o próprio uso. As pessoas também em cena pública manifestam essa consciência em seu relato. Para se “ter consciência” é preciso ter condições mínimas para transformar essa consciência em realidade. O que ocorre é que os grupos de usuários de crack dessas duas localidades vivem

em condições de proteção social, materiais e ambientes extremamente diferentes.

Pode-se objetar que pessoas que hoje vivem nas ruas e/ou nas cenas públicas saíram de suas próprias casas e passaram a viver em torno do fluxo. As histórias que são contadas a respeito dessas saídas dizem respeito a conflitos familiares, a questões de gênero e/ou sexualidades, ao envolvimento com algum tipo de delito ou ação ilegal – quando não tiveram acesso a recursos de proteção jurídica –, ou tiveram envolvimento com algum circuito da criminalidade, ou não terem conseguido se integrarem no mercado formal de trabalho. A grande linha divisória entre os usuários “visíveis” e os “invisíveis”, é o fato de que os primeiros, além de terem situações econômicas e relações sociais mantidas, estão inseridos em um circuito nos quais atividades como o trabalho, o estudo, o lazer lhes propiciavam uma gama de interesses diversificados e vínculos que os mantêm na vida, além de não pesarem sobre eles o estereótipo de “drogados”.

Foi interessante observar, pelos relatos, que um dos efeitos esperados do crack é a introspeção, o recolhimento, o desejo de ficar sozinho, desfrutar de uma sensação de estar anestesiado, um desligar-se. Para que esse efeito não seja perturbado, se faz necessária a garantia de que ninguém possa interrompê-lo. Mas, mesmo esse efeito é passível de ser remodelado: ao contrário do uso privado, na cena de uso público, a interação está posta, quer seja com outros usuários, com profissionais da saúde, ativista pelos direitos humanos, quer com os pesquisadores. Transcrevendo passagem anotada no diário de campo durante a participação em um churrasco com usuários de crack, em uma das tendas de moradia improvisadas junto ao fluxo:

“Estamos no churrasco e enquanto uns se ocupam de assar a carne e distribuí-la aos participantes, um grupo faz um samba animado, alguns

*usuários dançam, outros cantam, outros conversam e entre essas atividades, também fumam crack. Parafina, um usuário que estava conversando comigo e observando outros usuários que fumavam e interagem com várias pessoas ao mesmo tempo fala: “Isso só acontece porque tamo aqui na Cracolândia”*³¹.

Quando os interlocutores se dispõem a utilizar o crack, a compreensão constante de que é uma substância perigosa está presente e antecede o desejo de uso. As imagens que lhe conferem tal compreensão são as de cenas de uso público associadas ao descontrole, como é possível observar em diversas falas. Isso serve para acionar limites que não devem ser ultrapassados, como também para modular a percepção dos efeitos da substância. É interessante observar, ainda, que quando se está em cenas de uso, com usuários experientes e em um ambiente “protegido”, essa modulação não se apresenta da mesma forma. Usuários são capazes de interagir com usuários e não usuários, ao mesmo tempo em que fumam como demonstra o trecho acima citado.

Alguma conclusão

A produção midiática e demoníaca que foi dada ao crack em perspectivas, como a do Brasil, foi a grande construção da figura do drogado durante os anos 2000. Em Portugal, como em outros países europeus, a figura do “toxicômano” foi assimilada de forma mais demonizada e menos central no cenário social. Por outro lado, nesses países, a influência de governos social-democratas tiveram uma intervenção urbana também de gentrification^{VIII.16} mais “sutil” e não

tão centrada em ações repressivas e as políticas públicas assimilaram as noções de redução de danos.

O fenômeno da demonização e do poder do crack na cena pública de São Paulo se deu de maneira tão contundente e eficaz, que, em Lisboa, encontramos a justificativa de que os efeitos que a mídia performatizava nos usuários de crack não se encontrava nos usuários dali e esses passaram a considerar que não consumiam a mesma substância. Na cena portuguesa, mencionavam que o crack “não existe em Portugal e tão pouco a cocaína” – que julgavam de muito baixa qualidade, “fraco” –, em oposição à brasileira – que seria “forte” e, por isso mesmo, capaz de “viciar” e de gerar comportamentos descontrolados.

A discussão sobre uso de crack não consegue ficar isenta do caráter alarmista que cerca a discussão sobre o uso de drogas, de uma maneira geral, correndo-se o risco de ampliar os problemas frente à realidade e dificultando o encontro de alternativas para lidar com a situação.

Neste estudo, examinou-se em que medida os usos problemáticos associados às cenas de uso públicos e a produção de discursos morais e estigmatizantes performam as experiências dos usuários de crack de uso não visível, problematizando a ideia de que o uso do crack se daria sem nenhum controle por parte dos envolvidos nesta prática, se apresentando como um caminho “sem volta”, como se o indivíduo ficasse totalmente tomado pelo efeito farmacológico da substância e não sendo mais capaz de tomar decisões – o que, no caso do crack, em especial, é a imagem mais difundida.

No grupo estudado, observou-se a construção de estratégias/conhecimentos relativos ao modo de usar a substância de maneira a não sentir ou diminuir os efeitos adversos e indesejados e para aproveitar ou intensificar os efeitos desejados, o que caracterizaria, segundo Becker⁶, uma

^{VIII} Por gentrification entende-se a “criação de áreas residenciais para classes médias e altas em bairros de áreas urbanas centrais, articulados a processos de controle ou expulsão de setores das classes populares, num processo também assinalado pelo desempenho de determinados estilos de vida e de consumo, produzindo mudanças da composição social de um determinado lugar, bem como tipos peculiares de segregação socioespacial e de controle da diversidade”, conforme apontam Frugoli e Sklair¹⁶ (p.119-136).

cultura da droga. Pelos relatos dos atores envolvidos nesta prática, notou-se que existe uma diferenciação entre os usos, ou seja, existem vários usos e o que os diferencia, seriam as características pessoais, de classe, gênero e, fundamentalmente, o fato dos indivíduos estarem ou não socialmente protegidos. Nessas circunstâncias, o limite entre o uso privado e o uso público vai ser um peso a mais na situação de tornar-se ou não um “usuário de crack”.

A dificuldade encontrada para localizar pessoas que usavam crack fora das cenas públicas de uso demonstrou claramente essa delimitação e o peso do estigma que foi atribuído pela imagem pública dessa droga. Os que concordaram em ser entrevistados acabaram contribuindo para que se pudesse expor a complexidade e a riqueza reflexiva e densa que existe em torno dos usos de drogas e das censuras que a sociedade impõe a eles. Por um lado, revelam uma condição contemporânea de valorização dos consumos e das emoções que pode ser sentida e aferida através dos corpos quando falam de uma revalorização de seus corpos como corpos vivos e que podem ser explorados na extremidade de suas sensações. Há, aí, um consumo de sensações e emoções.

Essa mesma observação foi feita nos consumos de em cena pública, onde, porém, a situação de entrevista, de maior proximidade e cumplicidade, feita em lugares mais protegidos e livres de influência como as do chamado “fluxo” presente na rua possibilitaram explorar uma dimensão densa, rica e complexa e mais próxima a discursos compartilhados em usos de drogas em esferas mais intelectualizadas da classe média.

Qual o lugar da Saúde Pública/coletiva no contexto dos usos do crack? Longe de uma intervenção médico sanitária, deveria ser uma ação de respeito aos direitos, à cidadania e a políticas públicas que garantissem uma maior proteção social desses sujeitos; proteção social que,

inclusive, os afastasse de uma polícia repressiva e de um Estado encarcerador.

A autonomia – e é preciso ter condições de classe para se ter autonomia principalmente numa sociedade como a brasileira – é um fator mais eficaz do que a assimilação de práticas e estratégias formatadas e universalizantes de controles de uso. A autonomia e as condições de proteção social garantem, por si mesmas, uma “estratégia de redução de danos”.

Também, podemos constatar, com os entrevistados, que a recorrência e os apoios terapêuticos como recurso à compreensão e à interpretação de si, foram mencionados como importantes para problemas muito mais gerais e existenciais do que como uma forma para tratar dos usos que faziam das drogas. Como referiu uma das narrativas: “ter alguém para conversar e que te ouça”.

Os usos de droga, nesse sentido, estão emaranhados com várias questões da vida, do cotidiano ao trabalho, do lazer a momentos de introspecção e reflexão, à sexualidade e às relações e, nesse sentido, podem revelar muito mais uma complexidade e riqueza existencial do que uma falta ou um problema. O lugar dos usos de uma droga parece estar mais próximo como um lugar no qual o indivíduo se realiza, tal como fala Perlongher²⁹ a respeito de certas práticas da sexualidade como a realização de um essencial de si.

Referências

1. Adorno RCF. A pacificação do uso público do crack e a repressão aos usuários: notas a partir de etnografias na região central de São Paulo. In Labbate BC (organizadores). Drogas, políticas públicas e consumidores. Campinas: Mercado das Letras; 2016.
2. Adorno RCF. Usuários de crack e espaços de uso: agenciamentos e relações de trocas em territórios urbanos. Projeto

- de pesquisa (CNPQ: 402697-2010/2012). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.
3. Adorno RCF. Atenção à saúde, direitos e o diagnóstico como ameaça: políticas públicas e as populações em situação de rua. *Etnográfica*, 2011; 15(3):543-567.
 4. Adorno RCF, Vasconcello MP, Alvarenga AT. Para viver e pensar além das margens: perspectivas, agenciamentos e desencaixes no campo da saúde pública. *Saúde e Soc.* 2011; 20(1):86-94.
 5. Becker HS. *Método de pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Hucitec; 1997.
 6. Becker HS. Consciência, poder e efeito da droga. In: *Uma Teoria da Ação Coletiva*, pp. 181-204. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1977.
 7. Becker HS. *Outsiders: studies in the sociology of deviance*. New York: The Free Press, 1966.
 8. Bivar A, Willer C, Bueno E, Fróes L, Escobar P, Moraes R, et al. *Alma beat*. Porto Alegre: L&PM; 1984.
 9. Castañeda C. *A erva do diabo*. Rio de Janeiro: Ed. Record, 1968.
 10. Decorte T. Drug users' perceptions of 'controlled' and 'uncontrolled' use. *Intern. Journ. Drug Policy*. 2001; 12(4):297-320.
 11. Epele M. *Sujeter por la herida: uma etnografia sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Ed. Paidós; 2010.
 12. Escohotado A. *O livro das drogas – usos e abusos, desafios e preconceitos*. São Paulo: Dynamis; 1997.
 13. Falck RS et al. Among long-term crack smokers, who avoids and who succumbs to cocaine addiction? *Drug Alcohol Depend.* 2008; 98(1-2):24–29. *Drug Alcohol Depend.* Author manuscript; available in PMC 2009 November.
 14. Fernandez OFRL. *Coca-light? Usos do corpo, rituais de consumo e carreiras de “cheiradores” de cocaína em São Paulo*. [Tese de Doutorado]. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal da Bahia. Salvador; 2007.
 15. Foucault M. *Nascimento da biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
 16. Frugoli JRH; Sklair J. O bairro da Luz em São Paulo: questões antropológicas sobre o fenômeno da gentrificação. *Cuadernos de Antropología Social*, 2009; 30:119-136.
 17. Geertz C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Ed. LTC; 1989.
 18. Gomart E. Methadone: six effects in search of a substance. *Soc. Stud. Science*, 2002; 32(1):93-135.
 19. Grangeiro A. O perfil socioeconômico dos casos. In: Parke R, Bastos C, Galvão J, Pedrosa JS (organizadores). *Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Relume-Dumará, ABIA/IMS-UERJ; 1994.
 20. Grund JP. *Drug use as a social ritual: functionality, symbolism and determinants of self-regulation*. Rotterdam: Instituut voor Verslavingsonderzoek, Erasmus Universiteit Rotterdam; 1993.
 21. Hart CL, Haney M, Foltin RW, Fischman MW. Alternative reinforcers differentially modify cocaine self-administration by humans. *Behavioural Pharmacology*. 2000; 11(1):87-91.
 22. Hart CL. *Um preço muito alto: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre drogas*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 2014.
 23. Jackson-Jacobs, C. Hard drugs in a soft context: managing trouble and crack use on a college campus. *The sociological quarterly*. 2004; 45(4):835-856.
 24. Lima JCR. *Passageiros da fantasia*. Recife: Fundação Joaquim Nabuco/Editora Massangana, 1990.
 25. Macrae E, Simões JA. Rodas de fumo, o uso da maco-nha entre camadas médias urbanas. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia; 2000.
 26. Macrae E. A abordagem etnográfica do uso de drogas. In Mesquita F, Bastos F. (organizadores). *Drogas e aids: estratégias de redução de danos*. São Paulo, Hucitec, 1994.
 27. Magnani JGC. A rua e a evolução da sociabilidade. A cidade e a rua. *Cad. Hist. S. Paulo*. 1993; 2:45-54.
 28. Oliveira LG, Nappo SA. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Rev. Saúde Públ.* 2008; 42(4), 664-671.
 29. Perlonguer N. *Etnografia das margens. O negócio do michê - a prostituição viril*. São Paulo: Brasiliense; 2008.
 30. Rui T, Fiore M, Tófoli LF. *Pesquisa preliminar de avaliação do Programa “De Braços Abertos”*. São Paulo: Plataforma Brasileira de Política de Drogas, Instituto Brasileiro de Ciências Criminais; 2016.
 31. Silva SL. *A exposição e a invisibilidade: percursos e percalços por Lisboa e São Paulo: as narrativas dos usos e dos controles do uso de crack*. [Tese de Doutorado]. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo; 2017.
 32. Silva SL. *Mulheres da Luz: uma etnografia dos usos e preservação no uso de crack*. [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo; 2000.
 33. Torcato CEM. *O uso de drogas e a instauração do proibicionismo no Brasil*. [The psychoactives use and the early prohibitionism in Brazil]. *Saúde & Transf. Soc./Health & Soc. Change*. 2013; 4(2):117-125.

34. Vasconcelos LA. Heroína. Lisboa como território psicotrópico nos anos noventa. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais e Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa; 2004.

35. Velho G. Duas Categorias de Acusação na cultura brasileira contemporânea. In: Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. 8ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 2008.

36. Velho G. A dimensão cultural e política dos mundos das drogas. In: Zaluar A (organizadores). Drogas e cidadania: repressão ou redução de riscos. São Paulo: Brasiliense; 1994. p.23-29.

37. Velho G. O estudo do comportamento desviante: A contribuição da Antropologia Social. In: Velho G. organizador. Desvio e divergência. uma crítica da patologia social. Rio de Janeiro: Zahar; 1985. p.1-28.

38. Velho G. Observando o familiar. In: Nunes EO. A aventura sociológica. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.

39. Velho G. Nobres e anjos. Um estudo de tóxicos e hierarquias. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 1975.

40. Zinberg N. Drug, set and setting. New Haven: Yale University Press; 1984.

CAPSad como espaço de resistência, cuidado e afirmação da vida

CAPSad as a space of resistance, care and affirmation of life

Elza Cândido de Farias¹

Resumo

Este trabalho parte da experiência obtida durante estágio no CAPS ad, que se apresenta como espaço de resistência à lógica proibicionista e crenças hegemônicas que impossibilitam o olhar para a humanidade do usuário problemático de substâncias psicoativas. A estada do psicólogo, seja como profissional ou estudante, na Saúde Pública, convida à desnaturalização e rompimento com o olhar proibicionista lançado sobre o uso de substâncias psicoativas, solicitando ainda compreensão ampliada das implicações sociais que emergem na forma da adicção e outros transtornos do comportamento humano, evidenciando as implicações sociais e políticas que aumentam a vulnerabilidade dos sujeitos. Reflete sobre a Reforma Psiquiátrica e suas contribuições para o Sistema Único de Saúde (SUS) assim como sobre os serviços oferecidos pelo CAPS em geral e particularmente pelo CAPSad, que tem como estratégia de cuidado fomentar a autonomia do sujeito e promover sua reinserção social, utilizando para isso, o desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares em conjunto com a lógica da redução de danos.

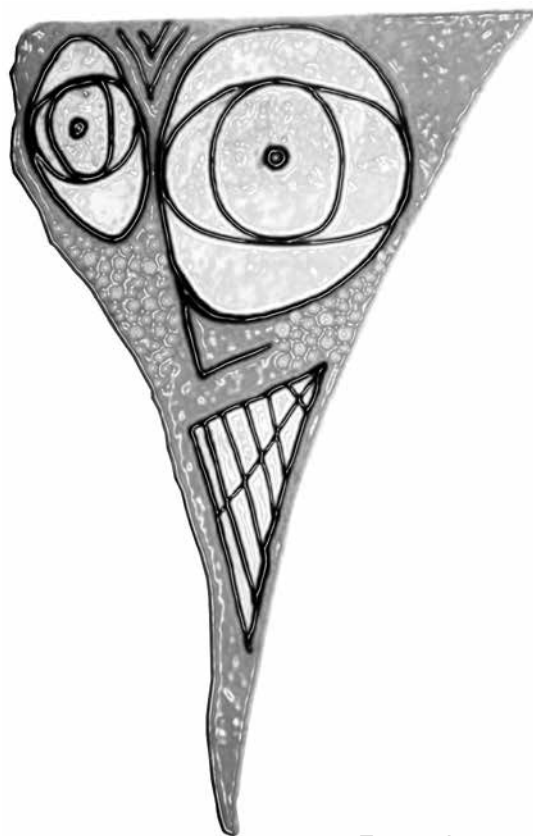
Palavras-chave: Reinserção social; Proibicionismo; Redução de danos; Saúde pública.

Abstract

This work is the result of the experience obtained at CAPS ad, a space of resistance to prohibitionist logic and hegemonic beliefs that blind the humanity look into the problematic user of psychoactive substances. The internship of the psychologist, either as a professional or as a student, in Public Health denaturalizes and disrupts the prohibitionist look into the use of psychoactive substances. The intern needs to expand his/her understanding of the social implications that come up in the form of addiction and any other human behavior disorder, which highlights the social and political issues that increase the vulnerability of the citizen. In addition, this study reflects on the psychiatric movement known as Movimento da Reforma Psiquiátrica and its contributions to the health system (SUS – Sistema Único de Saúde), as well as on the services offered by CAPS, in general, and, particularly, by the CAPSad, whose goal is to promote the citizen's autonomy and his/her social rehabilitation through the development of singular therapeutic projects together with the logic of harm reduction.

Keywords: Social reinsertion; Prohibitionism; Harm reduction; Public health.

¹ Elza Cândido de Farias (elzafarias@yahoo.com) é psicóloga Pós-Graduada em Saúde Mental pela Universidade Federal Fluminense.



Introdução

Ao longo dos últimos dois séculos, o uso de substâncias psicoativas tem motivado debates em praticamente todas as esferas sociais com questionamentos referentes à proibição e à possibilidade de uso adequado. Pois, apesar de não haver notícias de sociedades sem o consumo de entorpecentes, a violência e outros problemas relacionados ao tema nunca foram tão pujantes. Essa violência, no entanto, está concentrada numa parcela da sociedade, em geral, já marginalizada, seja por sua cor ou condições econômico-sociais.

A legislação proibicionista de controle ao porte, uso e comercialização de substâncias psicoativas é também utilizada como instrumento de controle social, na forma do aprisionamento e/ou assassinato de classes intituladas como perigosas. Fazendo com que seja cada vez mais urgente a discussão de flexibilização da legislação como forma de preservação da vida.

Em meio a esse cenário, o Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAP-Sad) apresenta uma postura dissonante à lógica proibicionista, uma vez que busca trabalhar com a reinserção social, criação de vínculos e autonomia do sujeito junto a seu território e comunidade. No entanto, esse dispositivo tem sua atuação dificultada em virtude da lógica hegemônica que ainda demoniza as substâncias psicoativas ilegais e conseqüentemente estigmatiza os adictos, corroborando com a perspectiva asilar que vem sendo atualizada (por exemplo, na forma das comunidades terapêuticas que trabalham com a internação por até 12 meses¹¹), tem a abstinência como meta, aceita internações compulsórias e, em muitos casos, utiliza castigos físicos e a laborterapia como forma de “tratamento” e recuperação do adicto.

¹¹ Embora esse seja o prazo previsto como máximo, há relatos de estadas maiores. Como essas comunidades não trabalham a autonomia dos sujeitos, é comum que esses se vinculem por falta de outras possibilidades sociais.

Diante da tensão que se estabelece entre a lógica da proibição com conseqüente interdição/aprisionamento e a possibilidade de fortalecimento de vínculos e subjetividade do sujeito que em algum momento pode ter feito uma opção equivocada quanto ao uso de substâncias, o profissional “psi” que compõe as equipes de trabalho vê-se convocado a criar possibilidades de ruptura com a lógica proibicionista e, assim, criar espaços de cuidados, onde há afirmação da vida e inserção do sujeito em seu território e comunidade.

Proibicionismo e controle social

O uso de substâncias psicoativas é recorrente em praticamente toda a sociedade humana da qual se tem relatos. O ser humano busca, amiúde, formas alteradas de consciência e compreensão da realidade. Grande parte das substâncias que hoje são proibidas teve seu consumo liberado ou tolerado em algum momento, ao longo da história em diversas sociedades¹⁵. A preocupação com o consumo e a necessidade de erradicação do uso não medicinal das substâncias psicotrópicas, emergiu, particularmente, no início do século XX²⁷.

O proibicionismo, em relação ao uso de substâncias psicoativas, surge como política mundial encabeçada pelos Estados Unidos da América a partir de acordos firmados em 1914 para vigilância e controle na circulação de drogas¹¹, como passaram a ser chamadas.

Nessa lógica de controle, em 1919, houve a implantação da Lei Seca nesse mesmo país, que resultou num incremento ao tráfico e violência. Ou seja, essa lei proibicionista mostrou-se desastrosa e foi abolida em 1933. Mesmo diante da falência dessa experiência, a política proibicionista se

estendeu e foi aplicada para muitas outras substâncias, que passaram a ser, arbitrariamente, classificadas de ilegais. Vale ressaltar que o uso dessas substâncias proscritas era vinculado a determinadas classes sociais ou grupos imigrantes classificados como perigosos que deveriam ser mantidos sob controle, a exemplo da marijuana pelos mexicanos e do ópio pelos chineses. A rigidez da legislação norteamericana no controle ao uso, porte e tráfico de drogas não tem sido eficiente na diminuição do uso, ou da violência que permeia esse mercado ilegal do tráfico de entorpecentes; antes, tem levado a um crescente encarceramento, chegando Estados Unidos a ser o país com o maior número de presos no mundo, ultrapassando dois milhões de detentos²⁵ (p.62).

O modelo bélico adotado pelos Estados Unidos no combate às drogas serviu de modelo para o Brasil, que constituiu uma legislação dura e penalizadora. Mesmo as reformas ocorridas em 2006 na legislação de drogas⁴, que deveriam servir como uma alternativa à penalização e incentivo à inclusão e ao tratamento do usuário, ou mesmo à distinção do traficante de pequenas quantidades de substâncias, favoreceu um incremento a sua perversidade ao colocar todo o ranço racial e discriminatório existente no Brasil a serviço da justiça: ao não estabelecer critérios objetivos quanto ao enquadramento (quantidades) de uso e tráfico, deixando a cabo do agente policial ou do juiz determinar como enquadrar o sujeito. Dificilmente, em alguma sociedade, critérios tão subjetivos poderiam ser equânimes. Em nossa sociedade, onde é prática constante a criminalização de camadas e etnias da sociedade, isso se tornou ainda mais problemático. O sujeito do delito ligado às drogas passou a ser julgado, não pelo crime cometido – uma vez que a lei não prevê quantidades objetivas –, mas, como diz Foucault, pela sua periculosidade, sendo punido não apenas por seu ato no momento e sim por suas

¹¹ *Harrison Act*, que estabeleceu o controle mais rígido sobre o uso de substâncias psicoativas.

virtualidades: potencial futuro de risco para si e para a sociedade. A pena impingida destina-se, não só, a “sancionar a infração, mas a controlar o indivíduo, a neutralizar sua periculosidade, a modificar suas disposições criminosas”¹⁹ (p.22). O resultado foi um aumento do número de encarceramentos em virtude da aplicação dessa lei. No ano de 2006, momento de entrada em que a mesma entrou em vigor, o aprisionamento em virtude de tráfico representava 15% da população carcerária; já em junho de 2011, esse índice passou para 22,8%²⁸. Entre as mulheres presas esses números são ainda mais alarmantes: até 2005, 34% da população feminina era presa por crimes relacionados às substâncias ilegais, em 2015, essa percentagem já ultrapassa 60% entre o número de presas.

As políticas proibicionistas e sua meta irrealista de abstinência das drogas contribuem diretamente para a marginalização de certos grupos e camadas sociais. Como aponta Hart²⁰, o custo humano dessa abordagem é incalculável, uma vez que centenas de milhares de pessoas são encarceradas ou mortas.

A análise do sistema penal brasileiro demonstra a pouca racionalidade e casualidade com que são tratadas as alterações na legislação que tangenciam o uso e tráfico de entorpecentes. O aumento das penas e diminuição de direitos, a demora e a pouca vontade em aplicar penas alternativas, fazem referência a uma lógica da culpabilização do sujeito que se envolve nesse mercado, reforçando e estigmatizando pessoas pertencentes às classes sociais menos favorecidas. Este quadro perverso se desenha a partir do interesse em manter sob vigilância e controle os elementos suspeitos em nossa sociedade. Se pelo aspecto humanitário e pragmático, a legislação proibicionista não atende a prerrogativa de mitigar os problemas relacionados às drogas, por outro, limpa da sociedade os indesejáveis.

A percepção do uso das drogas como questão penal/judicial, embora hegemônica, não é unívoca; há diversos grupos que defendem sua relação com a saúde e com políticas sociais inclusivas.

Sistema único de saúde: emergência e rupturas

A saúde emergiu como preocupação política do governo brasileiro no início do século XX, a fim de assegurar a produtividade do trabalhador agrário e do imigrante, cuja inserção ocorria, especialmente, na produção de café e alimentos. Tais programas preocupavam-se especialmente em garantir o “controle de endemias e do saneamento básico dos portos e dos meios urbanos”¹⁸, a fim de que as melhores condições sanitárias atraíssem trabalhadores estrangeiros e garantissem a sobrevivência dos trabalhadores locais. Para isso, foram adotados programas compulsórios de controle sanitário, como a vacinação contra a febre amarela e a varíola. Essas eram políticas fragmentárias e emergencialistas, situação em que as “questões de saúde pública eram tratadas pelas autoridades locais”¹⁸, que, muitas vezes, lançavam mão de força policial para levar a cabo seu cumprimento.

Já nas décadas de 1940 a 1950, com a ampliação do mercado de trabalho urbano, ocorreram importantes mudanças sociais, introduzidas durante o Governo autoritário de Getúlio Vargas, tais como a Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), a estatização da previdência social e a centralização de políticas de saúde e educação através do Ministério dos Negócios de Educação e Saúde Pública¹⁸.

O modelo de bem-estar social consolidou-se até os anos 1970, assumindo um caráter compensatório, através de políticas assistencialistas e produtivistas, visando o crescimento econômico. Isso tornou possível uma melhoria nos

indicadores de educação, saneamento básico, difusão da rede básica de saúde e vacinação. No entanto, na segunda metade da década de 1970, esse sistema centralizado em nível político e financeiro pelo governo federal entrou em colapso. Nesse cenário e com a redemocratização ocorrida no final dos anos 1980, tornou-se possível a discussão ampla, por parte de setores da sociedade^{IV}, de diversos problemas sociais. Especificamente para a área da saúde foi adotada a Reforma Sanitária^V, que levou à criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS é sustentado pela Constituição Federal Brasileira de 1988³, sendo garantidor do cuidado integral à saúde e direito à cidadania. Nessa legislação a saúde perde a concepção simplista de ausência de doença e passa a ser entendida “como bem estar pleno”, devendo ser direito de todos, enquanto dever do Estado, garantido mediante “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos”³. Esses termos são ainda ampliados pela Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080⁵ e 8.142 de 1990⁶, que prossegue:

“Art. 3º. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressa a organização social e econômica do País.”

^{IV} Participaram dos debates para estabelecimento do SUS setores da sociedade civil através dos Conselhos e Conferências nacionais, estaduais e municipais de Saúde, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), que reúne os secretários de Saúde dos 26 Estados e do Distrito Federal, e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), que conta com cerca de 90% de afiliação dos municípios¹⁸.

^V Reforma Sanitária é um movimento que permanece atuante no cenário nacional e tem como pressuposto a concepção de saúde não restrita à dimensão biológica e individual, apontando para as relações entre os serviços de saúde e a estrutura social, articulando assim, as dimensões técnica e social no que tange a política, economia e ideologia, numa luta contra hegemônica²³.

Parágrafo único: Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do dispositivo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social”⁵.

A legislação do SUS, ao estabelecer o cuidado à saúde, tem como princípios norteadores a universalidade, garantindo acesso a todos; a integralidade, que diz respeito ao direito a cuidados mesmo quando parte de uma minoria em relação ao total da população; a equidade, que garante o direito ao atendimento respeitando as diferenças individuais; e a descentralização, na qual o município, enquanto “ente federado mais próximo da realidade da população, ganha a atribuição fundamental, em recursos para responsabilizar-se pela melhor política de saúde para a população local”¹² (p.6). Esses princípios dialogam com os programas de atendimento ao adicto no país, que, mesmo representando uma pequena parcela da população^{VI}, tem direito aos cuidados oferecidos pelos programas assistenciais de forma inclusiva e potencializadora da vida e da “reinserção” do sujeito na sociedade. Com esses pressupostos, torna-se evidente a clara tensão entre o campo da saúde, que objetiva oferecer cuidado integral, e o campo penal, que contribui para a exclusão de amplos setores da sociedade.

Foi também na década de 1970 que os psicólogos passaram a integrar o campo da Saúde Pública, primeiro com um viés de humanização do atendimento médico, bem como, em virtude de novas formas de adoecimento relacionadas com o estilo de vida e a uma maior atenção aos aspectos sociais como influenciadores da saúde.

^{VI} Os dados agrupam por uso na vida ou em seguimentos, não distinguindo o uso problemático. Ainda assim, a estimativa é de 22,8% da população já utilizou alguma substância psicoativa ao menos uma vez na vida e 10,3% teriam feito este uso¹³. É importante a observação de que os dados não especificam uso problemático de substâncias, tornando o número superior ao observado por critérios mais específicos. Ao mesmo tempo, é notória a subordinação desse órgão de pesquisa ao Ministério da Justiça.

No panorama das políticas públicas brasileira, emergem discussões concernentes ao tratamento dispensado aos portadores de transtornos mentais, uma vez que, até o final dos anos 1970, em geral, apenas grandes centros urbanos contavam com serviço especializado em Psiquiatria. Ainda assim, esses serviços se pautavam na lógica manicomial que excluía o doente de seu meio social por meio da internação asilar.

O movimento antimanicomial, adotado no Brasil no final dos anos 1980, qualificou os serviços de internação psiquiátrica, reduzindo o número de leitos e estimulando a criação de uma rede substitutiva de atendimento de base comunitária em sintonia com os preceitos de Direitos Humanos e de cidadania aos usuários do SUS. Dessa forma, o SUS rompe com a lógica da internação como único meio de tratamento para o sofrimento mental, incluindo, posteriormente, o tratamento para usuários de substâncias psicoativas.

A partir da Reforma Psiquiátrica, foi possível a formulação de novos modos de cuidado em saúde e de novos espaços assistenciais que dialogassem com a territorialidade^{vii}, a fim de fomentar uma direção terapêutica que preservasse a convivência e rompesse com a lógica hospitalocêntrica. Em 1986, foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)^{viii} na cidade de São Paulo, espalhando-se em seguida, como modalidade de assistência, para todo território nacional. Esse dispositivo visa ao atendimento do usuário e apoio aos familiares em seu território de vida, através do desenvolvimento de projeto terapêutico singular, da dispensação de medicamentos, do acompanhamento de usuários em

residências terapêuticas e das equipes de saúde e de equipamentos intersetoriais que atuem em seu contexto comunitário de ação.

O CAPS tem valor estratégico para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, pois seu atendimento diário possibilita a organização de uma rede substitutiva ao hospital psiquiátrico. Até o surgimento do CAPS, o tratamento ao portador de transtorno mental estava restrito à exclusão social por meio da internação em instituição psiquiátrica, assim como o cuidado destinado ao usuário de álcool e outras drogas, uma vez que não havia políticas públicas de cuidados destinadas a essa população. Para essa clientela, destinava-se apenas o atendimento em instituições, em sua maioria filantrópica,

“...de caráter total, fechado, baseadas em uma prática predominantemente psiquiátrica ou médica, ou, ainda, de cunho religioso, tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência”⁹ (p.40).

Somente em 2002, o Ministério da Saúde reconheceu o uso abusivo de álcool e substâncias psicoativas como problema de saúde pública e instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, que consiste em um conjunto de políticas públicas

“...situadas no campo da saúde mental, [tendo] como estratégia a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem de redução de danos”⁹ (p.41).

Para a implementação dessa política de atendimento ao usuário, o principal dispositivo é o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), que opera em consonância com o SUS; ou seja, com o uso efetivo dos conceitos de rede e território e com as práticas ampliadas de redução de danos. Passaremos a examinar, de forma

^{vii} Esses espaços referenciam a questão de territorialidade, que não supõe apenas uma questão geográfica, antes falam sobre um “mundo próprio que associa ambiente-organismo-afeto como singularidade, como sentido”¹¹ (p.141.).

^{viii} Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) destinados a prestar atenção diária a pessoas com transtornos mentais. Contam com diversas modalidades para a oferta de serviços específicos a diversas populações, como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad¹¹.

mais detida, as ações desse dispositivo que atua junto aos usuários de substâncias psicoativas.

CAPSad: atendimento terapêutico e social ao adicto

O público que demanda o CAPSad tem em comum, em sua grande maioria, além da adicção, a exclusão social^{ix} e, por vezes, a “loucura”¹. Para esses usuários, é essencial o estabelecimento de projetos terapêuticos individuais que considerem as peculiaridades do sujeito, da sua relação com a substância de uso preferencial ou abusivo, de sua saúde física e mental e de seus laços familiares e com a comunidade. Vale ressaltar que é comum o adicto ter seus vínculos com a família e com a sociedade comprometidos a ponto disso engendrar sua alternativa ao vício.

Não é incomum que alguns usuários ou familiares busquem o serviço acreditando que conseguirão, ou solicitando uma internação como forma de livrar-se do uso problemático de determinada substância. Para eles, ainda atravessados pela crença no “isolamento do doente”, não é evidente que a internação é pouco efetiva nos casos de doenças psíquicas e mais ainda para a adicção. A proposta do CAPSad em distanciar-se do modelo asilar é determinada pela política do SUS e conta ainda com outros motivos para romper com essa lógica: o usuário de substâncias psicoativas precisa exercitar seu empoderamento^x a fim de lidar com situações cotidianas de oferta de drogas; aciona os serviços em rede de apoio para auxílio da pessoa não acionados com a internação que, além disso é cara; considera que a adicção não tem origem unicamente

em fatores biológicos, mas é marcadamente determinada pela história de vida em determinado contexto social, econômico e cultural¹⁶ (p.68).

O CAPS é composto por uma equipe multidisciplinar geralmente formada por médico psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, além de outros profissionais. Essa equipe de referência atua na oferta de cuidados ao usuário do serviço e de apoio a seus familiares, servindo como porta de entrada para outros atendimentos ou serviços da rede pública. Tal atuação se realiza através de uma rede de serviços como as clínicas e equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), hospitais gerais e dispositivos intersetoriais que se apresentam em permanente articulação. Partem do entendimento de que, nenhum serviço pode resolver todas as necessidades de cuidado em saúde em determinado território, mas que o conjunto de serviços deve criar uma “rede” que sustente o usuário e seus familiares durante ou após o período de atendimento do CAPS. O sistema de saúde em rede e o CAPS, em particular, representam um “espaço de produção de novas práticas sociais para lidar com o sofrimento psíquico de maneira diferente da tradicional”²², caracterizada pela internação hospitalar como ponto central para o tratamento do usuário de drogas.

No CAPS são desenvolvidas diversas atividades para auxiliar no cuidado ao usuário de álcool e outras substâncias psicoativas, tais como atendimento diário personalizado ao usuário, serviços sob a lógica da redução de danos, oficinas terapêuticas, condições para repouso, terapia individual, em grupo e para a família, e desintoxicação ambulatorial (quando necessário)^{xi}.

Quando da chegada ao serviço, seja por iniciativa própria ou encaminhamento de outro

^{ix} Referência aos distúrbios psíquicos e neurológicos de diversas ordens.

^x Por empoderamento entende-se como o conjunto de estratégias capazes de promover o fortalecimento do poder, da autonomia e da auto realização de usuários e familiares de serviços de saúde, especialmente de grupos em situação de exclusão social²⁴ (p.192).

^{xi} As duas últimas, depende das instalações do CAPSad. Quando não dispõe das instalações necessárias, é possível acionar os serviços do hospital geral.

dispositivo de saúde, ou mesmo judiciário (alguns usuários são encaminhados por determinação de juízes, como tratamento alternativo à penalização), o usuário conta com o acolhimento, momento de sua recepção no serviço e espaço para se conhecer suas demandas, bem como realizar a apresentação do serviço e para começar a traçar um projeto terapêutico individual voltado às suas necessidades. A partir disso, o usuário é encaminhado para os grupos de atendimento que melhor se adequar a sua demanda, que pode ser de medicação, de terapia, ou de reflexão, por exemplo. Todos esses atendimentos têm como objetivo oferecer ferramentas para o ganho de autonomia e responsabilização do sujeito. Os usuários são incentivados a participar da oficina terapêutica, cujo objetivo é tanto o de despertar outras áreas de interesse (como o artesanato, pintura, música), quanto o de fomentar uma possibilidade de renda ao usuário. Durante a participação nas oficinas, são acompanhados por terapeuta ocupacional ou por outros técnicos da casa – enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais –, que oferecem uma escuta ativa e possibilidades de reflexão, mesmo em momentos de descontração.

Periodicamente, são realizadas as reuniões de equipe cujo objetivo é concentrar todos os técnicos da instituição e discutir e dar conhecimento a todos sobre os atendimentos que estão ocorrendo, assim como dar direcionamentos, que se façam necessários, a casos específicos que mereçam maior atenção, seja por necessidade do próprio usuário, seja em virtude de solicitação externa, como é o caso de laudos e pareceres referente à “evolução” de tratamento, solicitados por juízes e equiparados. Semestralmente, é realizada uma reunião com um supervisor que auxilia no funcionamento em rede, pois verifica as demandas de outros serviços, bem como oferece a ponte para o trabalho em equipe ampliada.

Um dos cuidados especiais apresentado pelos serviços no CAPSad é seu foco na família, pela perspectiva de que a adicção, em geral, abala o funcionamento desse grupo; sem perder de vistas, ao mesmo tempo, que a família pode ser um dos disparadores do vício. Para isso, as famílias são incentivadas a desenvolver respostas positivas de natureza afetiva, cognitiva e comportamental para resolver ou reduzir o estresse produzido diante de eventos negativos, como recaídas, crises diversas, baixa aderência ao projeto terapêutico, etc.

Os atendimentos no CAPSad também objetivam devolver a autonomia do sujeito. Nesse contexto, é comum a atuação em parceria com o/a assistente social, no sentido de conseguir benefícios junto à Previdência Social, quando o usuário tem esse direito. Uma vez conseguido o benefício, são traçadas, junto ao técnico de referência – aquele que acompanha mais de perto o projeto terapêutico de determinado usuário –, as formas de administrar os valores recebidos. O objetivo é de que o usuário desenvolva ferramentas de administração de recursos, bem como direcione seu desejo para outros objetivos além da substância química consumida. Para isso, o técnico elabora listas de necessidades, auxilia na abertura de conta em instituição bancária, acompanha o usuário junto ao banco para ensinar-lhe o uso de cartões e máquinas eletrônicas e, muitas vezes, chega a fazer a guarda de valores quando solicitado, sempre visando o desenvolvimento de autonomia, autoconfiança e responsabilidade do usuário.

O trabalho realizado no CAPSad foge à lógica de tutela do usuário, pois objetiva sua emancipação e autonomia para que possa se inserir na sociedade, encontrando novas formas de expressão e vínculo e que prescindam do uso abusivo de uma substância. Para isso, diverge do paradigma de que a adicção é tão somente uma doença genética que assujeita o usuário, tirando-lhe as possibilidades de autonomia. Antes, desenvolve e estimula

ferramentas de subjetivação e autonomia para fomentar novas formas de ser e existir no mundo contemporâneo, apesar das muitas mazelas que assolam amplas parcelas de nossa sociedade.

Por outro lado, os profissionais da equipe costumam ser atravessados constantemente pelas limitações dos serviços. Durante o estágio no CAPSad Macaé (no município de São Paulo), houve situações em que usuários que necessitavam de repouso tiveram que ser deitados no chão por falta de leito. Ou ainda, situações em que foi necessário solicitar internação no hospital geral de referência, pois o serviço não dispunha dos medicamentos e condições mínimas necessárias para atendimento ao público. Em momentos extremos como esses, o técnico se vê dividido entre os ideais de atendimento integral e a possibilidade de internação em um hospital geral, como única forma disponível para lidar com algumas intercorrências diante à falta de recursos do serviço.

No campo da assistência e cuidado ao usuário de substâncias psicoativas, manifestam-se tensões internas e externas, onde a substância deixa de encarnar um “mal absoluto” para dar lugar a outros atravessamentos que determinam a relação de um sujeito com determinada substância. Uma importante premissa de cuidado utilizada pela equipe do CAPSad, em seu movimento de resistência à lógica proibicionista ao suspender, por exemplo, a abstinência como condição para o “tratamento da droga”, passa-se a propor a estratégia da redução de danos como forma de atendimento ao usuário e como porta de entrada para outros cuidados em saúde.

Redução de danos e sua aplicação na rede de atendimento

Segundo Rodrigues²⁴, a redução de danos pode ser vista como uma “*medida pragmática, diferenciada e não excludente*”, que pode coexistir

com a proibição, contanto que esta última não tenha o caráter radical observado na atualidade. Conta-se com exemplos do uso de políticas de redução de danos em países como Holanda e Portugal, que, embora não tenham liberado o uso de substâncias psicoativas, optaram por oferecer tratamento integral aos usuários. A redução de danos adota uma política médico-sanitária de prevenção, contraponto à visão exclusivamente combativa, policesca e militar imposta pela “guerra às drogas”²⁵. A adoção dessa medida, porém, só se torna possível com a elaboração de políticas públicas com vistas ao cuidado da pessoa e à necessidade de salvar vidas e proteger a saúde pública e individual; ou seja, faz-se necessário o respeito à singularidade do sujeito e a perspectiva de traçar estratégias mútuas voltadas à defesa da vida, liberdade e da responsabilidade individual.

A redução de danos é considerada uma política racional, pois admite que a meta de abstinência seja irreal para a maioria das pessoas. Diante dessa realidade, cria mecanismos que dialoguem com o uso moderado ou com o menor impacto possível para o sujeito e seu entorno. Reconhece, ainda, que as pessoas continuarão a usar substâncias psicotrópicas, como sempre fizeram ao longo da história, por isso, volta a atenção à pessoa que dela faz uso, garantindo medidas de promoção de saúde, prevenção e bem-estar. A substância deixa de ser protagonista e o sujeito, com todos os seus atravessamentos, ganha foco a fim de obter uma melhor qualidade de vida e ser reinserido na sociedade.

O primeiro programa de redução de danos adotado no Brasil foi realizado em Santos-SP, em 1989, e consistia na troca de seringas e kits para uso de drogas injetáveis e oferta de preservativos. Os usuários de drogas injetáveis (UDIs) foram especialmente visados, uma vez que estavam mais expostos ao contágio de doenças

infecção contagiosa “em decorrência da marginalização social a eles imposta, que leva à ausência de prestação de serviços públicos de saúde [e] à desinformação”²⁴ (p.68). No entanto, uma medida judicial^{XII} impediu a distribuição das seringas. Como alternativa, os agentes de saúde, estimularam o uso de hipoclorito de sódio para desinfecção das agulhas já utilizadas.

Foi só em 1993 que, no mesmo município, foi lançada a figura dos “redutores de danos”, agentes de promoção e prevenção em saúde. Tal ação foi adotada numa parceria entre organizações não governamentais (ONGs) e as autoridades municipais locais. Seu objetivo era reduzir os impactos em decorrência da epidemia de aids que assolou a cidade²⁴ (p.164). A partir de 2002, a política de redução de danos ganhou reconhecimento como estratégia oficial de saúde pública e foi regulamentada pela publicação da Portaria n.º 1.028 de 1º de Julho de 2005⁸.

Com base nisto, é possível definir a redução de danos como um conjunto de intervenções singulares, que faz alusão ao uso protegido, à diminuição do uso de substâncias, à substituição por substâncias menos impactantes para a saúde do usuário, ou até a abstinência no uso – esta última pode ser buscada a médio ou longo prazo, mas não é prerrogativa para a oferta de ajuda –, conforme Cabalero²⁴ (p.69). Nessa estratégia não ocorrem julgamentos morais ou punições quando há uso ou recaídas por parte dos usuários. O programa também se ocupa com estratégias de prevenção na forma de educação, atendimento médico e aconselhamento, entre outras possibilidades.

^{XII} Autoridades policiais e ministeriais enquadraram a distribuição de seringas como crime de incentivar o uso de entorpecentes, previsto no art. 12 §2º, I e III da Lei de tóxicos. Chegou-se ainda a instaurar inquérito contra os idealizadores do programa santista – o Coordenador do Programa de Controle de Epidemia de Aids e o Secretário de Higiene e Saúde da Cidade e Secretário de Higiene e Saúde da Cidade, que posteriormente foi arquivado por falta de provas²⁴ (p.164-165).

Esse movimento, ainda tímido no Brasil, teve início, na Inglaterra, em 1926 quando um grupo de médicos divulgou através do Relatório *Rolleston*, que a maneira mais eficiente de tratar dependentes seria com a administração controlada de substâncias como a morfina e a heroína²⁴.

Em países como a Holanda, onde a redução de danos é amplamente utilizada como estratégia de saúde e conta com narco-salas, ou seja, com lugares abrigados, onde o usuário pode fazer uso de substâncias psicoativas com acompanhamento de profissionais de saúde, tais como enfermeiro. Estas medidas, apesar dos bons resultados obtidos na preservação da saúde e vinculação de usuários a outros tratamentos, continuam a sofrer “oposição da Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (JIFE), da União das Nações Unidas (ONU)”³⁴ (p.71). Alega-se que a abertura de locais de consumo assistido são incentivadores ao uso de substâncias psicoativas, além de ferir acordos internacionais que preveem o combate dessas. No entanto, o que se vê na prática é a possibilidade atual de fechamento das salas de uso, pois a adicção à heroína não vem contando com novos casos na Holanda¹⁸.

Embora a política de redução de danos tenha sido regulamentada através da Portaria n.º 1.028 do Ministério da Saúde⁸, prevendo, além da troca de seringas, medidas de distribuição de preservativos, hipoclorito de sódio, lenços para limpeza do local de aplicação e material informativo como medidas de prevenção, não se tem um avanço maior na discussão e ampliação desses programas. Só houve maior aplicação de medidas de redução de danos ao tabaco, substância psicoativa legalizada no Brasil, realizada através de programas implementados nos CAPSad à população que visa a redução ou à abstinência dessa substância. Esse programa é realizado através de atendimento, aconselhamento e, mesmo, de medicação, quando necessário, para auxiliar

no controle da ansiedade gerada durante o processo de independência do tabaco.

Os programas de redução de danos estão em sintonia com a proposta de atendimento e tratamento oferecidos pelo CAPS-ad, e podem se consolidar através do consultório de rua, que, muitas vezes, é uma opção para a atuação de redutores de danos, possibilitando um primeiro contato com o usuário em seu território e servindo como porta de entrada para o atendimento geral à saúde. Ainda assim, devemos considerar as dificuldades de realização desses programas quando faltam clareza na legislação e investimentos em redutores de danos. Em consequência, é comum a falta de materiais necessários à distribuição à população usuária de substâncias psicoativas.

A falta de investimento na ampliação da rede de CAPSad fica clara quando vemos os números de unidades oferecidas à população. Enquanto foram abertas 308 unidades de CAPSad até janeiro de 2012, o Brasil conta com 1.795 comunidades terapêuticas cadastradas na parceria com o SUS, segundo o Censo das Comunidades Terapêuticas, realizado em 2011²¹.

As Comunidades Terapêuticas são instituições privadas, sem fins lucrativos e financiadas, em parte, pelo poder público. Têm como premissa “oferecer gratuitamente acolhimento para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas”¹⁵. Deveriam ser instituições abertas e a adesão a seus serviços unicamente voluntária, podendo oferecer tratamento de até 12 meses aos residentes, em conjunto com o atendimento psicossocial oferecido pelo CAPSad. No entanto, o que se tem oferecido, na realidade, é a internação em instituições cujas mantenedoras são organizações religiosas, de portas fechadas, que rompem com o trabalho em rede e não permitem o atendimento em conjunto com os demais serviços de saúde pública e atendimento psicossocial. Façam, em sua maioria, uso dos “12 passos” ou do

método Minnessota^{xiii}. O tratamento, muitas vezes, inclui cultos religiosos, laborterapia^{xiv} e punições físicas e psicológicas. Há relatos de internação obrigatória, por solicitação da família, e desrespeito frente à solicitação de saída por parte do usuário. É comum que o usuário desenvolva um grau de dependência dessas instituições, uma vez que, durante seu tratamento, fica isolado da sociedade que é tida como “tentação” e possibilitadora de uma possível recaída; tendo dificuldade de desprender-se da comunidade, ou sofra recaída ao sair do tratamento e da internação. Isso ocorre porque o trabalho realizado nas comunidades terapêuticas acaba não instrumentalizando o usuário para lidar com os motivos que o levaram à adicção e, conseqüentemente, não desenvolve mecanismos de inserção social e vínculo com sua comunidade e sociedade de forma geral e rede de apoio, diferentemente do trabalho realizado no CAPSad.

O enfrentamento ao uso abusivo de substância obtém sucesso quando se utilizam políticas adequadas que visem, não apenas tirar a droga da vida do sujeito, mas colocar outra coisa em seu lugar; ou seja, busquem fomentar novos rumos, vínculos e possibilidades a esse sujeito, que já vem, em grande parte do tempo, sendo alijado de sua subjetividade e de perspectivas, o que pode ter fomentado a adicção. Não basta tratar a pessoa como doente, impotente e por isso tutelá-la. Antes, faz-se necessário dar autonomia, percebendo que se de uma pessoa que fez uma escolha equivocada, mas que essa escolha não pode rotulá-la de modo a tornar-se a única referência a esse sujeito.

^{xiii} “12 Passos”, modelo adotado pelos Alcoólicos e Narcóticos Anônimos, baseia-se no trabalho realizado em grupos de autoajuda, onde há motivação para a partilha de sentimentos e emoções, de modo a aprender, com o auxílio de outros usuários que já estão em tratamento, a identificar e lidar de uma forma positiva com o uso de substâncias psicoativas. A abstinência é a premissa principal e qualquer recaída pode ser punida, culminando com a expulsão do programa. “Esse tratamento nasceu nos Estados Unidos há cerca de 50 anos no estado de Minnessota”¹⁹.

^{xiv} Referente tratamento em comunidade terapêutica, consultar: <https://www.youtube.com/watch?v=XaogikWaKTQ..>

Considerações finais

A legislação penal brasileira, atendendo aos padrões internacionais, ainda proíbe e criminaliza diversas formas de interação com substâncias psicoativas classificadas como ilegais. Ainda que, em padrões mundiais, seja crescente a discussão quanto à regulamentação de possíveis usos tanto medicinais quanto hedonistas. No Brasil, essa discussão ainda é tímida, havendo proibição a toda a forma de uso inclusive medicinal^{xv}, apesar da comprovada eficácia de vários dos compostos químicos provenientes da *cannabis*, por exemplo.

As políticas proibicionistas vêm mostrando sua total inabilidade para tratar dos problemas, tanto no campo da Saúde Pública, quanto da Segurança Pública. Ainda assim, há uma resistência por parte das autoridades, encabeçadas pelos Estados Unidos, na aprovação de políticas mais eficazes para controle e cuidado dos cidadãos adictos. Ressalta-se que a falha na resolução desses problemas implica, por outro lado, no sucesso do controle social, no aumento de verbas destinadas à criação de presídios, armamentos e “forças-tarefas”; ou seja, representa o enriquecimento de setores da sociedade, além de proporcionar formas de controle social de parcelas tidas como perigosas.

A política proibicionista adotada pelo Brasil apresenta-se como forte entrave à implantação e ampliação de programas já estabelecidos pelas diretrizes do SUS, como a redução de danos, que, muito embora conte com uma portaria que a regulamenta, sofre com a falta de investimento e, portanto, de materiais para sua efetivação. Além disso, a sociedade brasileira demonstra sua postura reacionária e excludente ao apoiar e investir em programas como o das comunidades

terapêuticas, que atualizam práticas manicomiais ao empregar “tratamentos” como a laborterapia, os castigos físicos e o isolamento como formas de cuidado ao usuário. Essas formas de “tratar” rompem com a lógica da inclusão e com a retomada/criação de vínculos com a sociedade e com a família. Ainda assim, recebem mais incentivos e já somam maior número de unidades do que os CAPSad e outros serviços em rede.

A sociedade se encontra diante de um impasse: faz-se necessário romper com a lógica proibicionista para garantir a inserção de parcelas excluídas da sociedade que vêm sendo exterminadas ou encarceradas. Ao mesmo tempo, a flexibilização das políticas de controle às substâncias psicoativas pode ser a saída para aumentar a segurança, pondo fim ao tráfico de drogas. No entanto, falta vontade política para regulamentar essa questão, ao mesmo tempo em que a sociedade se vê como refém de crenças disseminadas pelos meios de comunicação que implantam a lógica do terror e a faz pedir penas mais duras e uma legislação mais conservadora como forma de proteção. Nesse cenário, os profissionais inseridos na Saúde Mental e, em especial, os psicólogos são convocados a criar linhas de resistência, apresentando contribuições para fomentar novas formas de ser e existir aos usuários, formas com maior dignidade e inserção em nossa sociedade.

Referências

1. Alarcon Sergio (organizador). Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.
2. Araújo T, Erichsen R. Ilegal, a vida não espera. Brasil; 2014. [Documentário].
3. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Câmara dos Deputados; 1998.
4. Brasil. Lei nº 11.343. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social

^{xv} O documentário “Ilegal, a vida não espera”. apresenta a luta de pessoas que portando doenças crônicas como epilepsia crônica, esclerose múltipla, câncer ou fibromialgia, encontraram no canabidiol (CBD), que auxilia ou alivia os sintomas. Mas têm problemas na importação, uma vez que não há produção no Brasil nem liberdade de importação, uma vez que a legislação proíbe o uso de cannabis para quaisquer fins².

- 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. Brasília: Câmara dos Deputados; 23 de ago. 2006. [acesso em: 26 mai 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm.
5. Brasil. Lei nº 8.080. Sistema único de saúde (SUS). Brasília: Câmara dos Deputados; 19 set 1990.
6. Brasil. Lei nº 8.142. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Câmara dos Deputados; 28 dez 1990.
7. Brasil. Conselho Nacional do Ministério Público. Relatório nacional da execução da Meta 2: um diagnóstico da investigação de homicídios no país. Brasília: Ministério Público; 2012.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.028. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Brasília; 1 jul. 2005.
9. Brasil. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. Brasília; 2005.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília. 2005.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília; 2004.
12. Brasil. Ministério da Saúde Executiva. Sistema único de saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília; 2000.
13. Brasil. Secretaria Nacional Anti Drogas. Observatório Crack, é possível vencer. [acesso em 22 ago 2017]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/outros-centros-atencao-psicossocial.html>
14. Burgierman DR. O fim da guerra: a maconha e a criação de um novo sistema para lidar com as drogas. São Paulo: Leya; 2011.
15. Carneiro H. Autonomia ou heteronomia nos estados alterados de consciência. In: Labate BC, Goulart SL, Fiore M, MacRae E, Carneiro H. Drogas e cultura: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA; 2008.
16. Cruz MS, Ferreira SMB. Determinantes socioculturais do uso abusivo de álcool e outras drogas: uma visão panorâmica. In: Cruz MS, Ferreira, SMB. (Organizadores). Álcool e drogas: usos, dependência e tratamentos. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA; 2001. p.95-113.
17. Fazenda Salva Vidas. [Site]. [acesso em: 22 ago 2017]. Disponível em: <http://www.fazendasalvavidas.com.br/index.php/o-tratamento>.
18. Finkelman J. (organizador). Caminhos da saúde pública no Brasil . Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2002. 328p.
19. Foucault M. Vigiar e Punir: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes; 1987.
20. Hart C. Um preço muito alto: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas. Rio de Janeiro: Zahar; 2014.
21. Laboratório de Geoprocessamento do Centro de Ecologia (LABGEO). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Censo das Comunidades Terapêuticas. Porto Alegre: LBGEO/UFRS; 2011.
22. Onocko-Campos R, Furtado J. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(5):1053-1062.
23. Paim JS. Bases conceituais In: Fleury S. (org.). Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial; 1997.
24. Reis TR. Empoderamento e grupos de mútua ajuda. In: Alarcon Sergio (org.). Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.
25. Rodrigues LBF. Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade. Tese. São Paulo; 2006.
26. Rodrigues TMS. A infindável guerra americana: Brasil, EUA e o narcotráfico no continente. São Paulo em Perspectiva; 2002.
27. Rodrigues TMS. Tráfico, guerra, proibição. In: Labate BC, Goulart SL, Fiore M, MacRae E, Carneiro H. Drogas e cultura: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA; 2008.
28. Rodrigues TMS. Narcotráfico, uma guerra na guerra. 2ª ed. São Paulo: Desatino; 2014.

“Diálogos na Luz”: uma intervenção psicológica a partir da clínica ampliada e da gestão do cuidado em saúde na “Cracolândia”

“Dialogs at luz”: a psychological intervention through amplified clinic and health care management at “Cracolândia”

José Tiago Cardoso^I, Flávia de Lima Cunha^{II}, Milena Vieira Silva^{III},
Milena Castilho Miyamoto^{IV}, Rosemary da Silva Queiroz^V

Resumo

O artigo tem como proposta apresentar e discutir o processo de construção de uma intervenção clínica denominada “Diálogos na Luz”. Esta intervenção foi realizada no serviço de saúde Consultório na Rua, do programa “De Braços Abertos”, no bairro da Luz, no centro de São Paulo - SP e fez parte do processo formativo de um estágio supervisionado em Psicologia. Assim, ancorada no método qualitativo foi realizada uma pesquisa-intervenção com os usuários do programa na perspectiva da redução de danos, respeitando as singularidades e a autonomia de cada pessoa. Desse modo, a metodologia “Diálogos na Luz”, embasada pelos pressupostos da clínica ampliada e da gestão do cuidado em saúde, ofereceu um espaço de acolhimento, diálogos e vínculos. Esta produção relacional foi mediada pelo uso de materiais lúdicos (papeis, lápis de cor, canetas, imagens para colagens, entre outros) e buscou atender as necessidades de cada usuário, ou seja, por demanda espontânea. Como resultados do trabalho, foram realizados 11 encontros; houve uma média entre 5 e 6 participantes por encontros. Apresentamos dois casos representativos para o funcionamento dos “Diálogos na Luz” como um dispositivo de cuidado, também, alguns desdobramentos para (re)pensar os dispositivos de análise construídos no espaço da supervisão clínica do estágio, além de algumas implicações produzidas por autoanálise. Concluímos que as produções relacionais dos encontros ampliaram as possibilidades de se produzir o cuidado em saúde, pois otimizaram o exercício do acolhimento e do vínculo, bem como, favoreceram a participação dos usuários diante de suas reais demandas.

Palavras-chave: Vínculo; Clínica ampliada; Cuidado em saúde; Drogas; Estágio supervisionado.

Abstract

This article proposes to present and discuss the process of building a clinic intervention called “Dialogs at Luz”. This intervention occurred at the health care center “Street Clinic”, of the program “Open Arms”, at Luz neighborhood, in Downtown Sao Paulo and is a part of a psychology graduation internship. Based on qualitative method, an intervention-research with the program’s users was applied, under a damage-reduction perspective, respecting the autonomy and singularities of each person. Therefore, the “Dialogs at Luz” methodology, based on amplified-clinic and health care management assumptions, offers a dialog, sheltering and bonding space. This relations-production was made through ludic material (such as papers, color pencils, stickers, among others) trying to meet the individuals needs, meaning, on spontaneous demand of each one. As results of this work, 11 (eleven), with 5 (five) to 6 (six) participants on each encounter. We present here two representative cases to the “Dialogs at Luz” functioning as a care device, also some deployments to (re) think analysis-devices built at the clinic internship supervision space and some implications produced by self-analysis. We have concluded that the encounters relations-production expanded health care possibilities because they optimized shelter and bonding exercise, as well as benefitted users participation in face of their real demands.

Keywords: Bonding; Amplified clinic; Health care; Drugs; Supervised internship.

^I José Tiago Cardoso (jtiagoc@gmail.com) é psicólogo, Mestre pela Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho” e Professor e Supervisor de estágio em Psicologia da Universidade Ibirapuera e Professor do Centro Universitário Serviço Nacional do Comércio (SENAC).

^{II} Flávia de Lima Cunha (flimacun@hotmail.com) é psicóloga pela Universidade Ibirapuera.

^{III} Milena Vieira Silva (vieira_milena@hotmail.com) é psicóloga pela Universidade Ibirapuera.

^{IV} Milena Castilho Miyamoto (milena_anahi@hotmail.com) é psicóloga pela Universidade Ibirapuera.

^V Rosemary da Silva Queiroz (mariqueiroz.psicologia@gmail.com) é psicóloga pela Universidade Ibirapuera.



Introdução

Este artigo tem como objetivo apresentar a construção de um modo de intervenção clínica e de cuidado em saúde⁵ com pessoas que (con)vivem na região da Luz (centro da capital paulista), território popularmente conhecido como “Cracolândia”.

Neste sentido, utilizaremos os relatos da experiência do estágio supervisionado em Psicologia para evidenciar o processo de construção das intervenções realizadas a partir da parceria entre o curso de Psicologia da Universidade Ibirapuera e o programa “De Braços Abertos” (DBA)¹⁴ da Prefeitura do Município de São Paulo - SP, durante o ano de 2016. As atividades foram desenvolvidas junto à equipe de saúde do Consultório na Rua.

O artigo encontra-se organizado da seguinte forma:

- pressupostos teórico-metodológicos: em que apresentaremos os norteadores do

trabalho: os princípios ético-profissionais, o método qualitativo, a pesquisa-intervenção, a clínica ampliada, a micropolítica e as dimensões do cuidado;

- o desenvolvimento do estágio supervisionado em Psicologia no programa “De Braços Abertos” (DBA), desde a abertura da gestão deste programa para esse, até as duas etapas que compõem seu desenvolvimento: 1) conhecer e participar das práticas dos profissionais de saúde do Consultório na Rua e fazer o levantamento dos grupos e dos cuidados necessários no território, e 2) a construção de intervenções para as demandas de atendimento psicológico e cuidados em saúde no território, item pelo qual apresentamos como esse trabalho foi organizado;
- apresentamos os números das intervenções a partir de determinados resultados e elaborações: apresentado pelas cenas

de intervenções relativas a dois casos que se mostraram importantes para o processo de trabalho e análise – cenas desdobradas visando à compreensão dos diferentes modos de construção do vínculo –, seguido pelo levantamento de alguns pontos de análise ancorados nos pressupostos da Gestão do Cuidado e da Clínica Ampliada; além de trazer alguns desdobramentos para o (re)pensar os dispositivos de análise a partir dos encontros da supervisão clínica do estágio e as implicações produzidas pela autoanálise;

- sintetizamos com considerações finais sobre a discussão realizada.

Pressupostos teórico-metodológicos: dispositivos de produção do trabalho e de análises

O primeiro norteador do trabalho aqui apresentado foi o alinhamento das estagiárias-psicólogas com as práticas de redução de danos realizada no programa DBA e, conseqüentemente, no Consultório na Rua. Este alinhamento se deu por algumas vias: participação de reunião com a equipe do programa, participação nas práticas de cuidado no território da Luz, leitura e discussão de textos teóricos^{4, 5, 8} e de políticas públicas previstas no Sistema Único de Saúde (SUS)³.

Nesse contexto, nos apropriamos também das concepções de sujeito e sociedade presentes nas lutas de movimentos sociais que tiveram seu início na década de 1960 e que possibilitaram diversas transformações na sociedade, nas instituições e, também, nas pesquisas em Ciências Humanas¹. Diante dessas construções, constituíram-se os pressupostos que nos orientaram.

Um dos norteadores metodológicos foi a compreensão de que não existe nenhuma neutralidade no processo de trabalho, desde a concepção até as análises, como comentam Aguiar e Rocha¹.

“...o sujeito do conhecimento se produz em meio às práticas sócio-históricas, ou seja, o conhecimento enquanto produção e o sujeito inscrito nesse processo se fazem em condições determinadas, o que torna imprópria qualquer alusão acerca de uma possível neutralidade que nortearia as práticas de pesquisa” (p.650).

Utilizamos, assim como Lourau¹², o conceito de “implicação” que se contrapõe dialeticamente à suposta neutralidade científica e demarca que *“as análises de nossas implicações concretas”* estão presentes *“na pesquisa, na formação, ou em toda e qualquer prática social cotidiana”*¹² (p.28).

Dessa forma, todas as etapas foram concebidas e construídas a partir de um conjunto de pressupostos teórico-metodológicos, os quais apresentaremos a seguir:

– o método qualitativo

Uma importante definição das metodologias qualitativas foi produzida por Minayo¹⁵ :

“...aponta as metodologias qualitativas como: [...] aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quando na sua transformação, como construções humanas significativas” (p.510).

Desse modo, o trabalho foi concebido utilizando este método (e das pesquisas de abordagem participante), com as vantagens, como indica Turato¹⁵, de que os profissionais de saúde trazem *“devido a sua experiência em assistência – as inerentes atitudes clínica e existencial”*¹⁵ (p.509). Tais experiências foram fundamentais para a construção do projeto, sobretudo para o uso adequado dos procedimentos, técnicas de coleta e produção de análises.

Assim, construímos este trabalho a partir dos seguintes instrumentos: participação da dinâmica dos grupos e da instituição, entrevistas semidirigidas, registros em diário de campo, produção de relatórios semanais das atividades e análises de acontecimentos, supervisão semanal de todas as atividades, avaliação do processo, planejamento, reformulação das atividades e devolutiva para a equipe de profissionais de saúde do Consultório na Rua.

- a postura ético-profissional em Psicologia

A primeira preocupação ética do trabalho está inserida em uma proposta coletiva de práticas da Psicologia como ciência e profissão. Tal construção se pauta em um paradigma ético-político^{6,7} que busca, na composição com outras áreas, produzir exercícios de transformação social, objetivando melhorar a qualidade de vida da população, sobretudo das pessoas mais vulneráveis psíquica e socialmente^{7, 10}.

Este pressuposto está alinhado com o compromisso da Psicologia com os Direitos Humanos e está presente em vários documentos que orientaram a nossa atuação: o Código de Ética Profissional do Psicólogo⁶, a Lei 8080/1990 (princípio do SUS – destaque para a Equidade)², os pressupostos da Reforma Psiquiátrica⁸, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948); a Constituição Federal Brasileira (1988), a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas³; e o Código de boas práticas científicas da Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo (FAPESP)¹⁰.

Nesse cenário, a participação da Psicologia na dinâmica social se caracteriza pela construção de práticas que sejam consoantes com as demandas da população de determinado território, a partir da prática da profissão de modo contextualizado, circunscrita em parâmetros técnico-científicos e associados a outras áreas do conhecimento. Desse modo, a prática psicológica

objetiva produzir novas possibilidades interven-tivas junto a diversos contextos, territórios e populações.

- a pesquisa-intervenção

Valendo-se dos desdobramentos das metodologias participantes, encontramos na pesquisa-intervenção subsídios que sustentaram o processo de trabalho e que permitiram certa liberdade de criação dentro das possibilidades que as relações (“produtoras de afetos”) foram se produzindo.

A primeira barreira metodológica foi superar as bases das pesquisas tradicionais (método das ciências naturais), que definem um lugar específico para o pesquisador e para o pesquisado, muitas vezes enrijecendo os procedimentos e não permitindo espaços de reflexão sobre os afetos que atravessam o trabalho de pesquisa e de intervenção. Esses consideram que a subjetividade não tem espaço de existência, ficando à sombra dos protocolos da pesquisa e negada e, portanto, invisibilizada.

Na contramão desta visão, consideramos, como cita Oliveira¹, que a pesquisa intervenção, permite uma

“...mudança na postura do pesquisador e dos pesquisados, uma vez que todos passam a ser co-autores do processo de diagnóstico da situação-problema e da construção de caminhos para o enfrentamento e solução das questões. É um processo contínuo que acontece na vida diária, transforma os sujeitos e demanda desdobramentos de práticas e relações entre os participantes” (p. 651).

Outro salto importante se dá pela compreensão em diferenciar análise de interpretação, pois a necessidade de contextualização da cena, do acontecimento e da relação dirige a compreensão do fenômeno em um processo analítico, tal como aponta Guirado¹¹, e não enquadrado e interpretado de acordo com algumas teorias definidas *a priori*.

“O diferenciador é a consideração do contexto para a produção do sentido. No plano conceitual, o contexto, pela ideia de perlocução de Austin, não se põe como o ambiente imediato, observável e exterior às pessoas e grupos, numa relação parte-extra-parte, e sim, como a condição de enunciação, constituinte de qualquer ato de fala, que responde pela geração de sentimentos, conflitos e expectativas nos interlocutores” (p.184).

Nesse sentido, trabalhamos com o conceito de intervenção, tal como apontam Aguiar e Rocha¹, associado

“... à construção e/ou utilização de analisadores históricos [que desloca] da figura do analista para a de acontecimento, o que já é, em si, um modo de intervir nos procedimentos habituais de pesquisa que se pautam na centralização da figura do pesquisador-intérprete” (p.656).

Desse modo, olhando para as relações enquanto acontecimentos, atos e discurso⁹ é possível reconhecer que nesse contexto de produção de relação há um jogo de expectativas entre as pessoas que ocupam determinadas posições nas cenas, o que possibilita a produção de novos sentidos para os acontecimentos. Tais sentidos não devem ser interpretados de antemão, mas, ao contrário, devem ser reconhecidos como o possível da cena, do acontecimento. Sendo assim, é fundamental contextualizar as posições de cada pessoa na cena e problematizar quais expectativas estão em jogo¹¹; a análise da cena permite compreender a produção de subjetividades.

Com este pressuposto, voltamos ao conceito de implicação^{1,12} para completar nosso entendimento sobre a intervenção, como explicam Aguiar e Rocha¹:

“...a implicação não é uma questão de decisão consciente de ligar-se a um processo de trabalho. Ela inclui uma análise do sistema

de lugares ocupados ou que se busca ocupar ou, ainda, do que lhe é designado, pelo coletivo, a ocupar, e os riscos decorrentes dos caminhos em construção. A análise das implicações com as instituições em jogo nas intervenções abre caminhos à ruptura com as barreiras entre sujeito que conhece e objeto a ser conhecido” (p. 656).

- a clínica ampliada

A clínica ampliada também norteou este trabalho, sobretudo pela sensibilidade em ampliar a clínica para o sujeito. Diferentemente da clínica tradicional, que trata de doenças ou de problemas de saúde, é preciso antes olhar para a pessoa na qual está “encarnada” determinada doença⁴. Desta forma, constitui-se a necessidade de olhar para os sujeitos para além de sua dimensão biológica; é preciso olhar para as dimensões sociais e psicológicas de cada um^{1-5, 7, 8, 11, 13, 14}, isto é, uma alternativa para reconhecer a humanidade em cada um, como apontam Campos e Amaral⁴:

“Clínica do sujeito: essa é a principal ampliação sugerida. Além disso, considera-se essencial a ampliação também do objetivo ou da finalidade do trabalho clínico: além de buscar a produção de saúde, por distintos meios – curativos, preventivos, de reabilitação ou com cuidados paliativos –, a clínica poderá também contribuir para a ampliação do grau de autonomia dos usuários. Autonomia entendida aqui como um conceito relativo, não como a ausência de qualquer tipo de dependência, mas como uma ampliação da capacidade do usuário de lidar com sua própria rede ou sistema de dependências. A idade, a condição debilitante – hipertensão, diabete, câncer, etc., o contexto social e cultural, e, até mesmo, a própria subjetividade e a relação de afetos em que cada pessoa inevitavelmente estará envolvida” (p. 852).

A partir desse olhar ampliado para o sujeito e pela busca de objetivos como a autonomia, a produção de espaços de cuidado em saúde no território da Luz foi também marcada por uma constante reflexão acerca dos processos da tradicional clínica psicológica¹¹ e pela busca da construção de um espaço para uma clínica em movimento, ampliada e compartilhada. Ou seja, o exercício de autoanálise foi preciso para a compreensão das dinâmicas de produção de afetos e para a abertura às elaborações e cuidados possíveis^{4-5,8}.

Assim, para tornar o trabalho possível, fomos nos apropriando dos fundamentos da clínica ampliada: 1) reconhecer a importância da corresponsabilidade nas relações clínicas que objetivam o cuidado em saúde, tanto das estagiárias-psicólogas como dos usuários; 2) valorizar os acontecimentos, a educação em saúde (com os usuários e os funcionários do DBA), o apoio psicossocial (reconhecendo o processo social e o subjetivo de cada um) e as relações com instrumentos gestuais por aproximação, no corpo a corpo, enquanto “diálogos na Luz”; 3) salientar a importância do autocuidado (o que envolveu diretamente a utilização da redução de danos), do trabalho em equipe interdisciplinar e das dimensões social e subjetiva que envolvem a clínica; 4) propor o “projeto terapêutico singular”, etapa esta que, apesar de sua importância, não foi possível de ser realizada devido ao estágio ocorrer nos sábados quando a equipe do DBA se encontrava em capacidade mínima; e, por fim; 5) reconhecer a necessidade de construção de vínculo entre os profissionais e os usuários do serviço, valendo-se, para tanto, de todos os dispositivos possíveis para alcançar este objetivo⁴.

- micropolítica: o encontro e a produção do cuidado

Sensíveis ao compromisso da “clínica do sujeito” (da clínica ampliada)⁴, fomos encaminhando os processos de análise para as cenas e os

acontecimentos^{9, 11} que foram se produzindo nas mais diversas relações, tais como: estagiárias-usuários, estagiárias-profissionais de saúde, estagiárias-instituição, estagiárias-território, usuários-usuários, usuários-profissionais de saúde, usuários-território, usuários-instituição, entre outras possíveis^{VI}.

Desse modo, tanto os registros como os processos de análise foram produzindo uma “realidade organizacional”⁵, à qual, segundo Cecilio⁵, pode ser denominada de “micropolítica”. Sobre o tema o autor apresenta a seguinte síntese:

“Podemos considerar a micropolítica nas organizações de saúde como o conjunto de relações que estabelecem entre si os vários atores organizacionais, formando uma rede complexa, móvel, mutante, mas com estabilidade suficiente para constituir uma determinada “realidade organizacional” – dessa forma, relativamente estável no tempo, podendo, assim, ser objeto de estudo e intervenção. Os atores são portadores de valores, de projetos, de interesses e disputam sentidos para o trabalho em saúde. É um campo, portanto, desde sempre, marcado por disputas, acordos e composições, coalizões, afetos. Um campo atravessado e constituído por relações de poder. Na micropolítica, há o “racional”, mas também o “irracional”. Na micropolítica há o que se mostra e o que se diz, mas há o que se oculta e o que não se diz tão claramente. Na micropolítica há liberdade, mas há também determinação. Na micropolítica se veem vetores de mudança, mas também muita conservação. Na micropolítica se produz o cuidado, portanto, os usuários são parte central da micropolítica das organizações de saúde” (p. 547).

^{VI} Cabe ressaltar aqui que não vamos apresentar análises de todas essas relações, mas apenas de algumas cenas em que algumas dessas relações estão presentes.

Diante desta construção, nos debruçamos sobre os efeitos das relações que eram produzidas e verificando se esses efeitos atendiam nosso objetivo de produzir relações de cuidado com os usuários. Problematicamos as posições nas relações e fomos criando/inventando estratégias de produção do cuidado. Assim, a produção de sentidos (ou não) nas relações produzidas serviu como principal foco de análise, no desafio de identificar e potencializar a produção do cuidado.

Outro ponto crucial para entendermos a dinâmica e a complexidade da produção do cuidado foi o reconhecimento de que há outras dimensões que o produzem; ou seja, o cuidado não se produz apenas na/pela relação entre profissionais-usuários. Cecílio⁵ aponta que, além desta “dimensão profissional”, também estão presentes no cuidado a “dimensão organizacional” e a “dimensão sistêmica”. Segundo o autor, as “três dimensões poderiam ser representadas por três círculos concêntricos, para expressar a ideia de imanência entre elas”⁵ (p. 548).

A “dimensão profissional” se caracteriza pelo encontro: na relação entre profissional-usuário se configura um espaço de potência, de criação, de subjetividade. Nesta dimensão há três componentes que devem orientar a prática profissional: o primeiro é a postura ética do trabalhador, que se coloca na relação com este “outro” (o usuário) que demanda alguma forma de cuidado; o segundo diz respeito à competência necessária ao profissional para que possa operar o seu “núcleo de saber”, o domínio técnico-científico diante da problemática apresentada no encontro; e o terceiro componente se dá pela capacidade de criação de vínculo entre profissional-usuário, utilizando os recursos possíveis dos encontros. Esta última dimensão solicita uma “abertura” do profissional para que tal encontro se realize e necessita uma disponibilidade para formar novas redes, inventar novas tecnologias, (re)significar os sentidos das

relações e questionar os papéis instituídos, pois é atravessada por vários determinantes sociais que interferem nos modos de produção das relações profissional-usuário.

A “dimensão organizacional” está presente no contexto de produção do cuidado, sendo fruto do processo de institucionalização das práticas deste cuidado, historicamente, das práticas médicas e está presente nas relações técnicas e sociais do trabalho (das instituições), como define Cecílio⁵:

“A divisão técnica do trabalho resulta na fragmentação de práticas e exige um custoso esforço gerencial de coordenação dos trabalhos e da comunicação entre os vários profissionais. A divisão social do trabalho resulta em tensões decorrentes das diferentes valorizações – incluindo as remunerações e os status de poder e autonomia – dos diferentes trabalhadores” (p.549).

Assim, esta dimensão é fundamental para a autoanálise das instituições de cuidado em saúde, pois as demandas não são oriundas de apenas um determinante social e, sendo assim, não podem ser abordadas por apenas um domínio de saber ou mesmo por técnicas de um só campo de saber, já que estas são múltiplas e complexas e devem ser trabalhadas nesta composição demandada. As diferenças entre os profissionais que atuam neste campo também são produtoras de relações e interferem diretamente na dimensão profissional.

Por sua vez, a “dimensão sistêmica” está relacionada com os processos em rede para os quais os serviços de saúde devem estar organizados a fim de contemplar as diferentes necessidades dos usuários. De acordo com Cecílio⁵:

“A gestão do cuidado pode ser pensada, em uma perspectiva sistêmica, como o conjunto de serviços de saúde, com suas diferentes funções e diferentes graus de incorporação

tecnológica e os fluxos que se estabelecem entre eles. Tais fluxos serão definidos por protocolos, controlados por centrais de vagas ou de marcação de consulta, sempre na perspectiva de garantir o acesso dos usuários às tecnologias de cuidado de que necessitam, por meio da constituição e gestão de complexas “redes de cuidado” institucionais, operadas por intermédio de processos formais de referência e contrarreferência, que propiciem a circulação das pessoas por um conjunto articulado de serviços de saúde, de complexidades diferentes e complementares entre si” (p.549).

Diante da articulação desses referenciais, planejamos e executamos as intervenções durante o segundo semestre de 2016.

O desenvolvimento do estágio supervisionado em Psicologia no Programa De Braços Abertos (DBA)

O estágio supervisionado em “Intervenção Clínica em Comunidades (Instituições e Grupos)” é uma das modalidades obrigatórias para graduandos em Psicologia da Universidade Ibirapuera. Nele, os graduandos se propõem a desenvolver projetos específicos de intervenção construídos a partir da participação e conhecimentos dos fazeres institucionais/grupais e da configuração da demanda produzida com os agentes institucionais e a clientela, para que alguns objetivos sejam definidos conjuntamente e, desta forma, possibilitar produções de cuidado em Saúde Mental que possam melhorar a qualidade dessa.

Por isso, fizemos contato com a gestão do Consultório na Rua do DBA, realizado no bairro da Luz, no centro da cidade de São Paulo, por meio de uma reunião onde a proposta do estágio foi realizada, além de ser feito o esclarecimento dos processos e do contrato psicológico com a instituição. Essa reunião contou com a presença da gestora do DBA, da enfermeira responsável,

de 2 técnicas em enfermagem deste programa, das 4 estagiárias de Psicologia e do professor-supervisor das mesmas.

Uma vez acordada a proposta de construção da intervenção psicológica, o trabalho foi desenvolvido durante o ano de 2016, aos sábados, nos horários entre 10 e 12 horas da manhã. Durante o ano, o trabalho foi dividido em duas etapas: uma para participação e conhecimento das atividades (e demandas) junto à equipe de saúde do Consultório na Rua, situada na Luz, e outra para a realização da proposta de intervenção a ser realizada pelas estagiárias.

Na primeira etapa, as estagiárias acompanharam os fazeres e as intervenções dos profissionais de saúde – a maioria deles com formação no campo da Enfermagem –, no próprio território, onde as práticas de cuidado em saúde eram mais presentes: acolhimentos, acompanhamentos – geralmente a pronto socorros com encaminhamentos, de primeiros socorros (como curativos aos ferimentos) –, entrega de medicação nos hotéis da região onde viviam a população usuária, entre outros cuidados.

A segunda etapa do trabalho, de intervenção intitulada Diálogos na Luz, foi iniciada a partir do mês de agosto de 2016, com o objetivo de produzir um espaço de interação, acolhimento e diálogos com as pessoas que (con)viviam no território, incluindo os profissionais do programa DBA que estão expostos a essas relações e que, portanto, também estão sujeitos à angústias, dúvidas, medos, sofrimentos, entre outros sentimentos.

- organização do processo de trabalho

Aos usuários do programa DBA foi apresentado, semanalmente, um espaço de cuidado^{4,5,8} – para participação por demanda espontânea. Este espaço era a ocupação de uma mesa e bancos (de concreto) que ficava dentro do espaço do DBA, onde as estagiárias-psicólogas, utilizando coletes e crachás de identificação visando facilitar a

aproximação dos usuários do programa, distribuíam materiais e se dispunham a receber quem quisesse sentar e participar para fazer o que quisesse: conversar, desenhar, descansar, observar, etc.; tendo os usuários opção de deixa-las com as estagiárias-psicólogas ou leva-las consigo.

Os materiais para as atividades (de produção livre) eram papéis pardo e sulfite, lápis de cor, canetas hidrocor, giz de cera, imagens e palavras recortadas de revista, cola, entre outros, que permitiam situações de abertura para diálogos, acolhimentos e o que mais pudessem demandar. Assim, a proposta de construir diálogos possíveis, por demanda espontânea – sem exigir nenhum requisito aos usuários (como assiduidade, cumprimento de horários, cumprimento das atividades, permissão institucional, cadastro antecipado), implicou em uma postura profissional ético-política confirmando os pressupostos teórico-metodológicos adotados.

- instrumentos de registro de dados

As atividades foram registradas em diversos instrumentos produzidos: 1) participação da dinâmica dos grupos e da instituição, 2) entrevistas semidirigidas, 3) registros em diário de campo, 4) produção de relatórios semanais das atividades e análises de acontecimentos, 5) supervisão semanal de todas as atividades, 6) avaliação do processo, 7) planejamento, 8) reformulação das atividades e 9) devolutiva para a equipe de profissionais de saúde do Consultório na Rua^{vii}.

Alguns resultados e elaborações

As intervenções, no segundo semestre de 2016, resultaram em 11 encontros com a proposta do “Diálogos na Luz”. Os relatórios descritivos e analíticos (diário de campo) desdobrados

de cada uma dessas intervenções, somaram um total de 32 produções, onde a média de atendimentos se constituiu numa variação de 5 a 6 usuários atendidos por semana, 85% homens e 15% mulheres (sendo 5% dessas mulheres transexuais), com idade entre 15 e 75 anos.

Durante os encontros foram criadas 85 produções (desenhos, colagens, escrituras, entre outras). Todas as produções deixadas com a equipe de estagiárias foram expostas em três grandes varais na tenda do DBA; montagem que teve participação de usuários, além das estagiárias-psicólogas. Tal visibilidade gerou afetos que foram acolhidos e compartilhados de acordo com o vínculo estabelecido com cada um.

Alguns casos podem representar o processo de trabalho e intervenção proposto nos “Diálogos da Luz”. Em dois deles, as cenas produziram sentidos para as nossas análises. Tratam-se de breves relatos sobre dois usuários do programa atendidos ao longo de alguns encontros: o caso de Roberto e o de Pedro (nomes fictícios).

- caso 1 - Roberto:

Roberto (R) é um dos moradores da região da Luz que participou de quase todos os encontros, sempre realizando desenhos (extremamente detalhados e coloridos) e que muito pouco interagia no princípio. Tem aproximadamente 40 anos, deixou a família por problemas relacionais, fazia uso de substâncias lícitas e ilícitas sempre que tinha oportunidade e relatou ter passado pelo sistema prisional.

Durante o período em que participou das atividades, R detalhou que pretendia deixar a rua, se recuperar do uso de drogas e reconstituir a relação com a filha pequena, que não via há muitos anos.

O que chamava a atenção em R, era a sua assiduidade, participação das atividades e também pelo pouco contato verbal que estabelecia. Ele começou a conversar e falar de si depois do 4º encontro, cerca de um mês após o início dos

^{vii} Para informação, não iremos apresentar elementos de todas estas etapas de Planejamento, a ideia é garantir o atendimento dos objetivos deste trabalho.

“Diálogos na Luz”. Isso demonstra um dos pilares da nossa presença, que preservou a individualidade e o espaço dos participantes, não forçando uma interação verbal, até que partisse deles qualquer intenção de falar.

No 9º encontro, R se aproximou, cumprimentou uma estagiária-psicóloga e explicou que não participaria das atividades por estar aguardando o horário de uma atividade com uma escola de samba, que estava sendo organizada pela equipe do Programa Recomeço^{viii}, que, neste dia, contou com a participação de uma igreja e mobilizou toda região, com presença de trio elétrico, palhaços, pula-pula para crianças, distribuição de lanches, etc, onde R também faria alguma apresentação neste sentido. Depois de explicar sua ausência, ele deixou a tenda.

Dez minutos depois de deixar a mesa pronta, o usuário R voltou à tenda do DBA e explicou que o responsável pela escola de samba onde faria a apresentação estava atrasado. Ele se sentou, pegou folhas de papel, lápis preto, borracha, giz de cera e lápis de cor e iniciou um desenho feito com todo cuidado. O desenho ficou pronto por volta de 11h50min e, neste meio tempo, R parou duas vezes para conversar com a estagiária sobre seu contato com o DBA. Entre outras coisas, R contou que solicitou uma vaga do programa (hotel e trabalho), mas que recebeu a resposta de que o programa havia encerrado as inscrições. R era gari antes de morar na rua, relatou que tem um valor em dinheiro para receber do FGTS e que, quando conseguir sacá-lo, quer investir num negócio de reciclagem e deixar a vida na rua.

Disse que quase não precisa de ajuda com questões relacionadas à saúde (está há meses sem usar crack e só usa maconha, álcool e cocaína esporadicamente, quando tem algum dinheiro

– o que não é comum – ou quando alguém oferece) e nem para se alimentar, já que usa o que há gratuito e disponível na região. Ele diz:

“Não preciso ter dinheiro para viver na rua. Eu não tenho nada. Minhas roupas são doadas e troco quando recebo novas. As outras coisas eu arrumo nos serviços que conheço e dão coisas de graça. Durmo em um albergue e passo o dia me ocupando com as atividades que aparecem como esta aqui ou as do Recomeço. Já fiz academia lá hoje e essa semana visitei com eles mais um museu. E assim os dias vão indo. Até conseguir sair daqui e montar meu negócio de reciclagem. Aqui não dá pra ficar, é muito violento. Não quero te assustar, mas aqui o que mais tem é maldade. Já vi gente dando facada nos outros por nada. O que mais acontece é um bater de frente com o outro á toa. Então, a forma que encontrei de sobreviver é ficar invisível, eu passo despercebido. Sou educado com todo mundo e não ando em bando, pode reparar” (Usuário R)

De fato, R conversa com quem fala com ele sempre educadamente, mas nunca está acompanhado de ninguém. Quando terminava o desenho, conversava com uma estagiária-psicóloga sobre o que desenhou e agradecia o espaço de diálogo; terminava combinando voltar no próximo encontro.

Ao final dos trabalhos, no dia do encerramento do projeto e durante a montagem dos varais que expunham os trabalhos realizados, R nos perguntou se havia algo dele na seleção da amostra. A estagiária-psicóloga, que estava próxima, apontou para o segundo dos três varais onde havia peças de autoria de R e lhe disse: «Olhe para lá. Vocês está ali». R olhou aparentemente surpreso para cima, deu um passo para trás (o que ampliou sua visão), respirou fundo e permaneceu por um tempo olhando para as imagens e disse nem se lembrar da produção de algumas

^{viii} Programa dirigido a usuários de droga também presente na região da Luz e de responsabilidade do Governo do Estado de São Paulo.

delas. Ao sair da posição e se dirigir para a mesa para produzir seu último desenho R. sorriu para as estagiárias, deixando notar os seus olhos marejados; estava emocionado.

Para o nosso projeto, essa demonstração de R revela a produção de afeto, de cuidado, de vínculo nas relações construídas, o que possibilitou, neste caso, um resgate da história de vida de sua vida. Pudemos notar que suas produções têm um lugar de reconhecimento da subjetividade e apropriação de seu percurso de vida.

- caso 2 - Pedro

No primeiro contato com Pedro (P), o mesmo estava sentado no espaço onde desenvolvíamos as atividades. Logo que o avistamos, uma das estagiárias-psicólogas perguntou qual seu nome dele e ele respondeu, perguntando em voz baixa: “O meu? Sim, o seu nome”, disse a estagiária e então, ele respondeu em voz baixa novamente, não sendo possível entender, razão pela qual a estagiária-psicóloga teve que se abaixar e se posicionou na frente e na mesma altura de P para o diálogo fluir.

P morou em uma cidade do interior de São Paulo, onde passou sua infância e adolescência. Sua mãe faleceu muito cedo e desde então foi criado por seu pai. Relatou estar morando no território da Luz há aproximadamente oito meses e que, um dos motivos de sua vinda, decorreu pelo uso de drogas, já que passou a vender os objetos de sua casa, tornando a situação incontrolável. Em decorrência dessa situação, chegou à conclusão de que não ficaria perto do pai para não “dar desgosto”. Depois de relatar sua história à estagiária-psicóloga, agradeceu a escuta, dizendo: “Obrigado por escutar um louco”. Frente ao qual a estagiária perguntou: “Mas porque um louco?”. Ele levantou a manga da camisa mostrando o braço e disse: “Só um louco se corta desse jeito”. Depois contou que tomava remédio controlado e fazia acompanhamento junto ao psiquiatra, pois se automutilava.

Alegou que, naquele momento, estava melhor e buscava ocupar o seu tempo em não pensar em determinados aspectos de sua vida, por exemplo, varrendo o quintal e cuidando das plantas da instituição em que fazia acompanhamento. Após alguns minutos de conversa, P falou sobre sua habilidade e paixão em compor músicas, (normalmente música gospel), o que considerava que o levava para mais próximo de Deus. Contou que estava estudando a 8º ano do Fundamental no período noturno, que tinha boas notas e que traria seu boletim no próximo encontro. Após terminar o seu desenho, se despediu e foi embora.

No segundo encontro, P chegou ao DBA e se dirigiu à estagiária-psicóloga que havia conversado na semana anterior. Disse que não estava muito bem, que ficaria pouco tempo e se desculpou por ter tido uma recaída, dizendo que havia comido crack. Naquele momento, sua mão estava trêmula e ele, cabisbaixo, estava com dificuldade para pintar o seu desenho. P relatou que quase não foi à escola naquela semana e que estava muito mal por ter brigado com sua esposa, complementando que a maior parte de sua tristeza seria fruto das relações com as mulheres.

No dia do último encontro realizado, P foi informado pela estagiária-psicóloga que aquele seria o último dia do trabalho. Ele disse que considerava esse um fato triste, ao qual ela concordou, falando que para ela e suas colegas de trabalho, o sentimento era o mesmo. P perguntou sobre seus desenhos, se haviam sido descartados e a estagiária-psicóloga indicou um de seus desenhos pendurados. P esboçou um sorriso ao ver seus desenhos expostos e logo deu continuidade a outro desenho, interagindo verbalmente como nos outros encontros. Ao finalizar, sugeriu que seus últimos desenhos também fossem acrescentados aos varais. Durante o tempo em que ficamos no território, P se despediu algumas vezes anunciando a sua ida, mas permanecia sempre por perto.

Alguns apontamentos analíticos: o vínculo – produtor de relações, técnicas e sentidos

Os dois casos apresentados mostram como a construção do vínculo é fundamental para o desenvolvimento do trabalho de cuidado em saúde. Esta só se mostrou possível graças à postura ético-política assumida pelas estagiárias-psicólogas, que conseguiram estabelecer, na relação com os usuários, o reconhecimento de suas demandas, operando as técnicas clínicas (acolhimento, escuta, atenção) diante das necessidades de cada um e respeitando seus tempos, limites e questões.

– pontos de análise da gestão do cuidado

A construção da dimensão profissional da gestão do cuidado apresentada permite destacar o tempo que R precisou para poder falar de si, de sua vida e de seus planos. Já com P, vimos como as produções de afeto foram representadas na relação, no encontro, quando ele conseguiu resgatar seus talentos, seu dom com a música e com os estudos.

R nos mostrou como fazia uso das redes de apoio psicossocial e cartografou sua trajetória de cuidados: onde dorme, onde come, onde pode pensar na sua vida, seu passado, seu futuro. Com isso, revelou como a dimensão sistêmica da gestão do cuidado está estruturada naquele território, além de ser perceptível, como ele cita todos os serviços, suas funções, seus tempos e funcionamentos. Porém, em momento algum R personificou a figura de pessoas (profissionais ou não) como ponte para sua vivência no território. Frente a isso, nós o respeitamos, preservamos e valorizamos sua autonomia, e sempre trabalhamos com as questões que demonstrava ser mais importantes.

Norteados ainda pelas dimensões do cuidado, destacamos na dimensão organizacional, o quão importante foi para P, quando a estagiária-psicóloga, não só se aproximou dele, mas se posicionou dirigindo seu corpo ao seu encontro,

possibilitando uma horizontalidade na relação e reconhecendo a sua humanidade, o que permitiu que ele se colocasse na relação de um modo diferente, não mais como “um louco”, mas como alguém que existe para além dos rótulos associados a sua condição. A posição corporal, o direcionamento da atenção para o usuário e a sustentação do olhar e dos gestos foram condições para produção desses encontros e possibilitou (con) viver com os afetos produzidos.

– pontos de análise da clínica ampliada

O reconhecimento da corresponsabilidade nas relações durante o processo de trabalho foi se materializando e sendo compreendido e elaborado pelos exercícios de análise realizados nas supervisões, nas discussões entre as estagiárias, na escrita dos relatórios e, sobretudo, na contextualização do momento de vida de cada usuário, respeitando suas histórias de vida. Como exemplo, R teve sua integridade individual respeitada e pôde compartilhar sua história de vida quando sentiu que era o momento adequado, sendo garantida, assim, a sua autonomia.

Durante todo o processo de trabalho houve preocupação por parte das estagiárias-psicólogas em relação à abordagem utilizada junto aos usuários do programa. Buscou-se, a todo momento, respeitar o espaço de cada indivíduo tendo em vista o seu contexto de vida e a sua subjetividade. Esses aspectos foram trabalhados em supervisão para aprimoramento da atuação junto aos usuários do DBA, onde, no caso de P, a relação foi estabelecida através da construção do vínculo produzida com a intervenção “Diálogos na Luz”. Podemos identificar que tal vínculo só foi possível devido à valorização da individualidade e do processo psicossocial de P, verificado, me destaque, pela promessa deste usuário em levar o seu boletim escolar, além do dia em que justificou não poder participar da atividade porque havia feito uso de drogas.

Nas relações clínicas, todas as narrativas foram valorizadas, pois os efeitos das produções relacionais eram entendidos como acontecimentos. Assim, o tempo e o espaço de cada participante foram respeitados. No caso de R, suas demandas foram acolhidas de acordo com o modo com que ele as apresentava, o que, na maioria das vezes, não era feito de modo verbal, mas gestual e/ou presencial. Outra referência ao vínculo de R, foi o fato dele ir até explicar porque não poderia participar da atividade por ter outra programada, ao mesmo tempo em que afirmou que participaria numa próxima semana.

O autocuidado promovido pela ação das estagiárias-psicólogas na Luz, passou pela não imposição de qualquer tipo de cadastro ou registro de frequência dos usuários. Os trabalhos eram iniciados e encerrados no mesmo dia, permitindo que a dinâmica de fluxo constante fosse respeitada.

No caso de R, notamos que a promoção de autocuidado e autonomia se deu no livre trânsito deste usuário aos grupos semanais e em sua afirmação de que o projeto lhe trazia benefícios a curto e longo prazo, percebendo alívio das pressões causadas no seu cotidiano, conforme disse durante uma das interações.

Como já mencionado, não realizamos o programa terapêutico singular dos usuários; esta função era feita pela equipe de profissionais do Consultório na Rua do DBA. Como estagiárias-psicólogas, somente contribuimos com as devolutivas e algumas trocas com alguns profissionais presentes nos dias de realização do “Diálogos na Luz”.

Com esses pontos de análise, alguns importantes acontecimentos ajudaram na construção da intervenção clínica e novos dispositivos de análise surgiram dos encontros que transformaram as intervenções e os profissionais envolvidos neste processo, gerando assim, uma autoanálise¹²: a supervisão clínica, lugar de planejamento

das intervenções e produção de dispositivos para as análises e autoanálises

É importante ressaltar que o planejamento das intervenções foi sendo produzido de acordo com as especificidades do trabalho de estágio realizado e que, ainda que alguns procedimentos tenham sido pensados de antemão, o encontro com a complexidade de cada usuário, a cada encontro, a cada dia, a cada história, a cada demanda, permitiu (re)pensar a prática, (re)planejar atividades e (re)posicionar as ações e angústias vividas.

Durante o processo de trabalho, o uso de procedimentos de pesquisa foi ganhando novos contornos e, assim, sendo ampliado para que os afetos produzidos nos acontecimentos pudessem ser trabalhados para o cuidado com as estagiárias-psicólogas, e com os funcionários e usuários do programa.

Assim, elencamos, como primeiro dispositivo de acolhimento, o grupo de supervisão que semanalmente se reunia para receber a narrativa dos acontecimentos dos últimos encontros e, principalmente, para reconhecer os lugares ocupados nas cenas, a produção de afetos, os atravessamentos (de ordem política, social, econômica etc.) e o que mais precisasse de espaço para ser elaborado, dito, acolhido, refletido e referenciado.

Embora esse dispositivo grupal tenha tido lugar central na organização e na produção do trabalho, os outros dispositivos não foram menos importantes: passamos a dar espaço e reconhecer as produções que estavam fora dos tempos institucionais, aos quais estávamos expostos, tanto no território do DBA, como na universidade.

Desse modo, chamamos a atenção para outros processos que também afetaram diretamente os modos de subjetivação deste trabalho, sendo eles: as conversas entre as estagiárias-psicólogas depois do trabalho, no transporte para seus lares; o diário de campo, formatado em relatórios semanais e as narrativas, construídas

coletivamente pelas estagiárias-psicólogas; a supervisão como espaço para que os outros estagiários, junto ao supervisor, pudessem produzir espaço de análises diante das problematizações e do planejamento de novas estratégias de abordagem que fossem demandadas; o processo de elaboração continuava realizado após a supervisão e com seus indicativos, permitindo a construção de um relatório focado em alguns pontos de análise, de problematizações e que era composto com outros trabalhos de referência teórico-práticas; e, o fato de que nosso objeto de trabalho (e de pesquisa), assim como as nossas posições e lugares, sempre “escapavam”, produzindo afetos desconhecidos e conhecidos não previstos e possibilitando movimentos de evolução e involução que tiveram papel fundamental na configuração do trabalho que se produziu coletivamente como uma intervenção em movimento.

Considerações finais

Apesar de todos os limites da intervenção relatada, a proposta de construção de um espaço de intervenção e cuidado em saúde foi realizada em movimento, permitindo alcançar dois grandes objetivos: o primeiro, demonstrar que é possível construir o espaço de cuidado em saúde para os usuários de drogas, incluindo aqueles que convivem no território da Luz, na “Cracolândia”, buscando práticas de redução de danos, junto à equipe de saúde do Consultório na Rua; o segundo, demonstrar que a supervisão clínica de estágios universitários de Psicologia são uma possibilidade de intervenção formativa e que permitem a autoanálise¹², reconhecendo os limites e possibilidades das relações clínicas, institucionais e ético-profissionais.

No que diz respeito às intervenções com os usuários, vimos que a importância da construção do vínculo é fundamental para possibilitar a produção de relações que atendam as suas

demandas, e que trabalhar com demanda espontânea é possível em espaços de elaboração coletivos, embora seja uma tarefa difícil, visto que há expectativas institucionais e pessoais. Por isso, construir espaços de alteridade não é simples como a reprodução de técnicas: é preciso reconhecer sua implicação na relação e compreender os encontros vividos posteriormente, com a supervisão.

O espaço de supervisão de estágio mostra como os estudos e as estratégias de cuidado em saúde necessitam de espaço de produção e elaboração dos afetos.

No referido estágio, o objetivo não se tratou apenas de tirar o profissional de Psicologia do isolamento do consultório, mas também de difundir o conhecimento abarcado durante os anos de formação acadêmica, visando o bem comum, ampliando assim as possibilidades de qualificar o trabalho do profissional de Saúde Mental, bem como as relações com a população que o recebe e permite que o trabalho aconteça.

Para além da questão de ofertar à sociedade o acesso a determinadas práticas, a formação do psicólogo precisa também ser permeada pela vivência com novas instituições e novos territórios (diferentes dos modelos tradicionais de intervenção em Psicologia), produzindo uma experiência profissional e científica composta a partir dos acontecimentos das reais condições da vida cotidiana.

A partir deste olhar ampliado para o sujeito e da busca de objetivos como a autonomia, a produção de espaços de cuidado em saúde, como ocorreu nesse trabalho com o território da Luz, demonstra a importância da constante reflexão dos papéis nas relações institucionais, permitindo construir espaço para uma clínica em movimento, ampliada, compartilhada. Para tanto, o exercício de autoanálise auxilia para compreender as dinâmicas de produção de afetos e a absorção de elaborações e cuidados possíveis.

Desde modo as produções relacionais ampliam as possibilidades de se produzir o cuidado em saúde, pois otimizaram o exercício do acolhimento e do vínculo, bem como, favoreceram a participação dos usuários e proporcionaram seu engajamento em elaborar suas reais demandas.

Referências

1. Aguiar KF, Rocha ML. Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. *Psicologia Ciência e Profissão*. 2007; 27(4):648-663.
2. Brasil. Lei 8080/90. Brasília: Casa Civil da Presidência da República; 19 set 1990. [acesso em: 13 fev 2017]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. [acesso em: 19 fev 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf.
4. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12(4):849-859.
5. Cecilio LCO. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface - Comunic, Saude, Educ*; 2009; 13(1):545-55.
6. Conselho Federal de Psicologia (CFP). Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília: CFP; 2005.
7. Conselho Federal de Psicologia (CFP). Referências técnicas para a atuação de psicólogos/os em políticas públicas de álcool e outras drogas. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP; 2013.
8. Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: Amarante P. (Org.). *Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau; 2003. p.13-44.
9. Foucault M. A ordem do discurso. São Paulo: Loyola; 1996.
10. Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo (FAPESP). Código de boas práticas científicas. São Paulo: FAPESP; 2014. [acesso em: 13 fev 2017]. Disponível em: http://www.fapesp.br/boaspraticas/FAPESP-Codigo_de_Boas_Praticas_Cientificas_2014.pdf.
11. Guirado M. A análise institucional do discurso como analítica da subjetividade. [Tese de Livre Docência]. São Paulo: Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo; 2009.
12. Lourau R. René Lourau na UERJ: análise institucional e práticas de pesquisa. Rio de Janeiro: UERJ; 1993.
13. Rui T. Nas tramas do “crack”: etnografia da abjeção. São Paulo: Terceiro Nome; 2014.
14. São Paulo. O programa de braços abertos. Secretaria Municipal de Saúde - Prefeitura de São Paulo; ago 2005. [acesso em: 13 fev 2017]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DBAAGO2015pdf>.
15. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(3): 507-14.

Internação compulsória como opção de tratamento a dependentes de crack

Compulsory hospitalization as a treatment option for crack dependants

Amanda Menon Pelissoniⁱ, Danuta Medeirosⁱⁱ, Mayra Cecilia Delluⁱⁱⁱ, Regina Figueiredo^{iv},
Soraya Souza Cruz Ferreira v, Wendry M. Paixão Pereira vi, Fernando Lefevre vii,

Ana Maria Cavalcanti Lefevre viii

Resumo

O objetivo é identificar as representações sociais contidas nas opiniões de alunos de pós-graduação de Saúde Pública com relação à internação compulsória, uma das condutas sugeridas para resolução da dependência de crack. Foi realizado um estudo transversal de abordagem quali-quantitativa utilizando metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), coletando representações sociais por meio de questionário aberto autoaplicável e disponibilizado on line pelo software QIqt *on line*, com 14 estudantes de pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública da USP. Quanto à opinião sobre a internação compulsória como estratégia de saúde, a maioria dos pós-graduandos apoia a medida, mesmo considerando a mesma um "mal necessário", ou condicionando-a a uma maior estruturação deste procedimento para que locais de internação não sejam vistos apenas como "depósitos" psiquiátricos. Foi evidenciada grande diferença de orientações, concepções e posicionamento quanto à internação compulsória quando há e quando não há vínculo familiar dos entrevistados com relação aos dependentes químicos.

Palavras-chave: Drogas; Internação Compulsória; Crack; Representações Sociais; Discurso do Sujeito Coletivo.

Abstract

This study aimed to identify the social representations contained in the opinions of post graduate students in Public Health with regard to compulsory hospitalization, one of the approaches suggested for the resolution of crack addiction. We conducted a cross-sectional study approach using the methodology of the Collective Subject Discourse (CSD), collecting social representations through a self-administered open questionnaire and made available online by QIqt software online, with 14 post graduate students from the USP's Public Health Faculty. Regarding the compulsory hospitalization as a health strategy, the majority of students supported the measure, conditioning it to a greater structuring of this procedure so that places of detention are not seen only as psychiatric deposits. There was great dissent regarding guidelines, concepts and positionings on the compulsory hospitalization of drug addicts, depending on whether or not there was a family relationship between them and the respondents.

Keywords: Drugs; Compulsory hospitalization; Crack; Social Representations; Discourse of the Collective Subject.

ⁱ Amanda Menon Pelissoni é Psicóloga, Especialista em Saúde Pública pela Universidade São Camilo e Professora do Centro Universitário Anhanguera.

ⁱⁱ Danuta Medeiros (danutamedeiros@gmail.com) é Psicóloga, Doutoranda pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Docente do Centro Universitário REO.

ⁱⁱⁱ Mayra Cecilia Dellu (mayra.cecilia@gmail.com) é Fisioterapeuta, Doutoranda pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Professora e Diretora do Departamento de Fisioterapia e Membro do Comitê Institucional do Programa de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade de Taubaté.

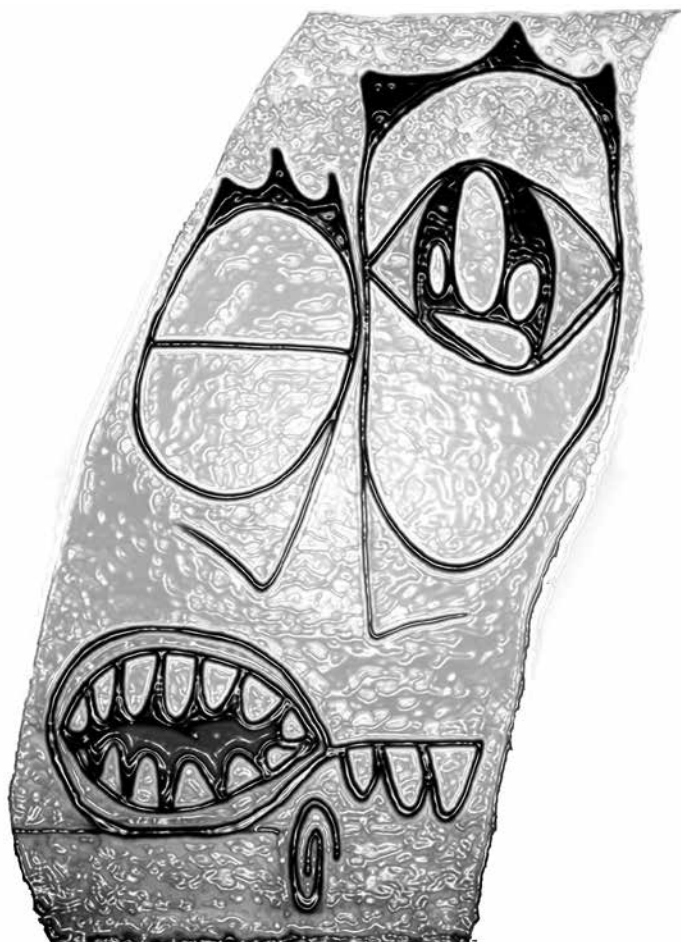
^{iv} Regina Figueiredo (reginafigueiredo@uol.com.br) Socióloga, Mestre em Antropologia, Doutoranda pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

^v Soraya Souza Cruz Ferreira (sorayasouzacruz@gmail.com) é Pós-graduada em Sócio-Psicologia pela Escola de Sociologia e Política de São Paulo.

^{vi} Wendry Maria Paixão Pereira (wndrypaixao@gmail.com.br) é Fisioterapeuta, Mestre e Doutora pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

^{vii} Fernando Lefevre é ex-Professor Titular da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e atual Pesquisador do Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo.

^{viii} Ana Maria Cavalcanti Lefevre (póstumo) foi Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo e Pesquisadora do Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo.



Introdução

Após a década de 90, o uso da cocaína injetável no Brasil foi sendo substituído pelo uso do crack, se constituindo como uma das principais drogas utilizadas por pessoas em situação de vulnerabilidade social². Isso se mostra presente entre a população frequentadora de vários centros urbanos de grandes capitais, incluindo o da cidade de São Paulo³, concentrada, nesta última, mais especificamente numa localidade atualmente denominada por este motivo de “Cracolândia”, onde frequentam cerca de 2.000 pessoas, principalmente, adolescentes e jovens de 20 a 30 anos⁴.

Com propostas de reurbanização da região central da cidade pela Prefeitura Municipal do Município de São Paulo⁵, iniciativas de especulação imobiliária surgiram pressionando a reorganização

da região, considerada uma das que melhor dispõe de infraestrutura urbana de saneamento, eletricidade, comércio e pequenos serviços⁶. Essa iniciativa urbanística somou-se, a partir do final de 2011, à preocupação turística e de segurança pública com a aproximação dos jogos da Copa do Mundo de Futebol de 2014, que concentraria maior população e uso do Centro da cidade não apenas pela própria população da cidade, mas, sobretudo, por turistas.

Tal preocupação não está relacionada apenas aos prejuízos econômicos que ações de furtos e vandalismo possam vir a causar, mas principalmente a percalços na organização espacial e na imagem do país que possam ser transmitidas internacionalmente para outras nações, que afetem o turismo e a posição política que o Brasil vem consolidando mundialmente. Entre esses

percalços, obviamente, está a explicitação e o contato demasiado com populações rotuladas como “marginais”, como moradores de rua, pedintes e usuários-dependentes de crack que, no caso de São Paulo, frequentam o Centro, estigmatizados pela mídia que constantemente cita a Cracolândia como exemplo de desorganização urbana.

Diante da problemática do uso abusivo de substâncias químicas, o Governo brasileiro vem criando estratégias de enfrentamento norteadas pela Política Nacional sobre Drogas, sancionada pelo Conselho Nacional Antidrogas – CONAD⁷. Este documento orienta ações de prevenção ao uso indevido de drogas, o enfrentamento do tráfico/redução da oferta, a organização intersetorial em prol da promoção de saúde relacionada ao uso de drogas, salientando o compartilhamento de responsabilidades pelas diferentes esferas do governo e a sociedade civil na questão das drogas.

A linha adotada pelo Governo brasileiro, conforme a Resolução nº 3 de 2005 que cria a Política Nacional sobre Drogas⁷, defende que:

“O Estado deve estimular garantir e promover ações para que a sociedade (usuários, dependentes, familiares e populações específicas), possa assumir com responsabilidade ética, o tratamento, a recuperação e a reinserção social, apoiada técnica e financeiramente, de forma descentralizada, pelos órgãos governamentais, nos níveis municipal, estadual e federal, pelas organizações não governamentais”⁷.

Assim, o enfoque atual procura valorizar a corresponsabilização do usuário, a participação da família e a observância às singularidades territoriais na tomada de decisões referentes aos tratamentos, tornando todos os envolvidos incluídos como “ativos” e, portanto, sujeitos de suas escolhas e agentes de suas ações.

Essa perspectiva está salientada nas recentes alterações legais ocorridas em 2006, que passaram a dar caráter de saúde ao uso de

drogas, substituindo abordagens policiais que antes supunham a prisão de usuários. A lei federal 11.343/06 orienta a não prisão de usuários e passa a focar apenas nos traficantes como alvo de ações de polícia e segurança pública⁸.

Essa linha de abordagem segue estratégias ligadas à interpelação, cada vez mais adotada, de redução de danos, priorizadas pelo Ministério da Saúde⁹, que estava sendo adotada desde 2009 pela Prefeitura de São Paulo em parceria com Governo do Estado, do Poder Judiciário e do Ministério Público e sociedade civil, no projeto Ação Integrada do Centro Legal^{10,11}, dirigido a usuários de drogas do Centro de São Paulo, incluindo a Cracolândia. Esse projeto visa dar atendimento completo às pessoas que vivem nas ruas sejam elas dependentes químicos ou não, fornecer tratamento de saúde física e psicológica, e inserção social com apoio educacional e capacitação profissional, facilitando oportunidades de trabalho e restabelecimento de laços afetivo-familiares. Estas ações são feitas por agentes comunitários da Secretaria da Saúde e agentes de proteção urbana da Secretaria Municipal de Assistência Social por meio de abordagens feitas de dia e de noite, propendendo estabelecer vínculos e oferta dessas assistências e encaminhamentos para ambulatórios municipais especializados e centros de atenção psicossocial (CAPS)¹².

Com a aproximação da eleição municipal de São Paulo de outubro de 2011, no entanto, a Prefeitura de São Paulo lançou o projeto “Nova Luz”, que na prática, além de procurar reforçar a recuperação da região central da cidade, inclui uma série de medidas que na área de atuação com usuários de drogas, diverge dos projetos que até então foram desenvolvidos na região da Cracolândia⁵.

No novo projeto, implementado desde o início de 2012, há uma participação mais ativa da Polícia Militar como agente de abordagem da população usuária de drogas e uma explícita recomendação de coação a tratamento da dependência, o

que inclui o encaminhamento a internações compulsórias de usuários, ou seja, em detrimento de suas vontades, principalmente de adolescentes¹³.

Essa nova iniciativa provoca controvérsias na medida em que interfere nos padrões de autonomia e corresponsabilidade defendida pela Política Nacional de Drogas, além de estarem sendo contestadas por vários especialistas que atuam com o tema de uso de drogas/crack que explicitam que o tratamento depende de participação e iniciativa do usuário para ter efeito¹⁴. Ao mesmo tempo, a medida é contestada por profissionais da saúde mental ligados à trajetória de luta antimanicomial do país^{15, 16}, que afirmam que a internação compulsória se opõe aos princípios da Lei nº 10.216 da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial¹⁷ e às diretrizes da Política de Atenção à Saúde Mental do SUS, que orientam que a internação compulsória só pode ser determinada pela Justiça¹⁷.

Neste sentido, o levantamento da visão de estudantes da área de Saúde Pública sobre a questão do crack e, em especial, sobre as propostas de internação compulsória de seus usuários, torna-se fundamental, na medida em que esses se especializam para atuar no SUS - Sistema de Saúde Único de Saúde brasileiro, compondo uma importante massa de executores e participantes de formulação dessas políticas.

Método

O levantamento descrito foi realizado enquanto trabalho de grupo final para conclusão da disciplina de “Representação Social da Saúde e da Doença”, do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, buscando aplicar os aspectos básicos da teoria da Representação Social¹, com um método de levantamento de dados qualitativo desenvolvido para pesquisas sociais no campo da saúde.

O grupo elegeu como tema as representações sociais a respeito das orientações de tratamento para usuários dependentes de crack e opiniões frente à estratégia sugerida por alguns gestores públicos de realizar a internação compulsória desses usuários de drogas. O público estudado foram os próprios estudantes da pós-graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo, destacados, porque além de pertencerem a um centro de formação importante do corpo discente da área, desenvolvem e têm trajetória de participação nas políticas de saúde pública do país, além de serem importantes formadores de opinião nessa área.

Por isso, além do objetivo de identificar opiniões discursivas que expressariam as suas representações sociais sobre a dependência de crack, principalmente com relação à internação compulsória, buscou-se identificar que outras condutas de resolução ou terapêuticas para a questão da dependência a essa substância seriam sugeridas por esses estudantes, comparando as sugestões dadas frente a situações hipotéticas onde houvesse envolvimento e vínculo afetivo ou não do pesquisado com o usuário.

O levantamento de dados foi qualitativo por autopreenchimento *on line* do QLQT *software*. Para o questionário foram incluídas perguntas de perfil (sexo, idade, cidade de residência, graduação e área de atuação e função) do entrevistado, além de dois casos (situações hipotéticas) desenvolvidos pelos pesquisadores, abordando o tratamento e a internação e uso de do “crack”, com questões no final de cada um deles:

– Caso 1: “Imagine que seu sobrinho faz uso de crack e abandonou os estudos. A família já conversou com ele e não adiantou. O que você diria para seu irmão/ã, os pais dele, para enfrentar este problema? Por quê?”.

– Caso 2: “Existe uma quantidade expressiva de usuários de drogas que frequentam a

Cracolândia. Muitos rejeitam qualquer tipo de intervenção, pois desejam ficar na região. Há uma proposta de intervir na região fazendo a internação compulsória dessas pessoas. O que você acha disso? Justifique”.

A opção por perguntas no formato de casos adota um procedimento de “técnica encoberta de pesquisa”¹⁹, que busca evitar que os sujeitos se expressem de modo “politicamente correto”, omitindo ou transformando propositadamente suas representações adequando-os à expectativa do(s) pesquisador(es).

Para a disseminação do estudo, foram enviados emails aos alunos da pós-graduação referida, convidando-os a acessarem eletronicamente através da internet a pesquisa do período de 30 de março a 03 de abril de 2012, compondo uma amostra de entrevistados espontânea, por conveniência e não probabilística.

O acesso ao questionário *on line* prescindia da livre resposta positiva ao TLCE - termo de livre consentimento esclarecido.

Para cruzamento e análise dos dados foi utilizado o *software* Qualiquantisoft, que permite além da categorização de ideias centrais (ICs) e quantificação dos conteúdos de discursos similares, a elaboração do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)¹⁸ que revelam as diferentes representações sociais expressas nos pensamentos e opiniões individuais dos pesquisados de um determinado grupo social em discursos do grupo (“sujeito coletivo”) ao qual fazem parte, além das expressões-chaves emitidas¹⁸ que sustentam tais opiniões.

Resultados

- Perfil dos Participantes da Pesquisa

Responderam espontaneamente à pesquisa 14 pós-graduandos da USP/FSP, com média de idade 35,6 anos (DP=9,1), 50% com idade

entre 24 a 34 anos; predominantemente mulheres (78,6%), que residem na cidade de São Paulo (78,7%).

Quanto à graduação, 92,3% tinham formação na área da Saúde com destaque para enfermeiros (23,1%) e fisioterapeutas (23,1%), embora sete diferentes cursos de graduações tenham sido mencionados. Do total, 35,7% atuam como docentes em faculdades particulares no Estado de São Paulo e apenas 14,3% dos pós-graduandos não estão atuando profissionalmente.

Tabela 1: Distribuição do perfil dos pós-graduandos.

Perfil Pós-graduandos	N	%	
Idade (anos)	24 - 34	7	50,0
	35 - 45	5	35,7
	46 -56	2	14,3
Cidade de residência	São Paulo	11	78,7
	São Caetano	1	7,1
	Pindamonhangaba	1	7,1
	Taubaté	1	7,1
Sexo	Masculino	3	21,4
	Feminino	11	78,6
Graduação	Jornalismo	1	7,7
	Ciências biológicas	2	15,4
	Enfermagem	3	23,1
	Fisioterapia	3	23,1
	Medicina	1	7,7
	Nutrição	2	15,4
	Psicologia	1	7,7
Área de atuação	Atenção Básica	2	14,3
	Clinica Particular	2	14,3
	Docente	5	35,7
	Estudante	2	14,3
	Hospital	2	14,3
	Outros	1	7,1

Nota: A diferença do total graduandos em cada variável é devido à ausência de respostas.

- Caso 1 – Discursos Emitidos sobre Orientação de Tratamentos em Caso de Dependência de Crack em Situação de Envolvimento Familiar

No primeiro caso, foram levantadas as seguintes orientações sugeridas para o caso de tratamento de dependência ao crack numa situação de envolvimento familiar com o pesquisado, expressas em nove ideias centrais (IC) expressas pelos pesquisados:

Quadro 1: Ideias Centrais Relativas à Orientação de Tratamentos em Caso de Dependência de Crack em Situação de Envolvimento Familiar (Caso 1)

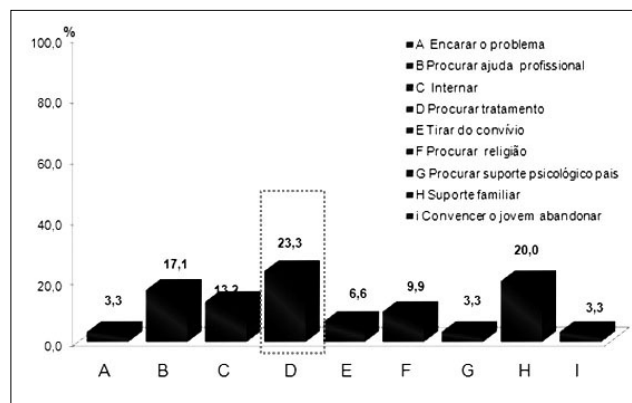
Familiar com uso-dependência de crack
O que você diria para seu irmão/ã, os pais dele, para enfrentar este problema?
Ideia Central A - Encarar o problema
Ideia Central B - Procurar ajuda profissional
Ideia Central C - Internar
Ideia Central D - Procurar tratamento de saúde
Ideia Central E - Tirar do convívio de uso
Ideia Central F - Procurar a religião
Ideia Central G - Procurar suporte psicológico para os pais
Ideia Central H - Suportar familiar
Ideia Central I - Convencer a abandonar o uso

Constata-se (Figura 1) uma maior citação da opção pela orientação de busca de tratamento de saúde (23,3%), excluindo nesta categoria a explicitação à internação método de tratamento, expresso exclusivamente como IC-D.

Com menor destaque (3,3%), encontram-se as IC-A, IC-G e IC-I, que a descrevem, respectivamente: encarar o problema, procurar suporte psicológico para os pais e convencer o jovem a abandonar “crack”.

Destaca-se ainda, como resolução proposta pelos pesquisados, a busca pela religião (IC-F), citada por 9,9%, além do afastamento do dependente do convívio social em que utiliza a droga, expresso por 6,6%.

Figura 1: Distribuição das Ideias Centrais (%) referentes às percepções dos pós-graduandos sobre orientações em caso de situação familiar de uso de crack (Caso 1)



Quanto aos Discursos emitidos para justificar tais ideias, com processo de unificação de trechos extraídos dos discursos de mesma categoria, construindo discursos do sujeito coletivo, revelam-se:

– DSC D relativo a Procurar tratamento de Saúde:

“Diria ao meu irmão para procurar tratamento adequado, sabe que busquem tratamentos alternativos, pois não creio que exista a necessidade real de uma internação. Ah !! Eu diria e apoiaria meu irmão no melhor tratamento, como: terapia, ocupação do tempo livre, remédio. Bom eu ia tentar convencê-lo a fazer um tratamento né! Eh procuraria para meu sobrinho tratamento adequado né!”.

– DSC C relativo à Internação do Dependente:

“Bem, diria para internarem o menino, porque ele deve ser afastado da chance de utilizar a droga. Olha, verdadeiramente, não me imagino numa situação desta, mas creio que a internação poderia ser uma saída, porque é um problema que foge ao controle dos pais né! Bom, embora seja muito doloroso para todos, esta internação seria necessária, eh! a internação deve ser feita sim” .

– DSC F relativo à Procura pela Religião:

“Eu diria para procurar ajuda na religião né! Por que a busca por DEUS dentro da religião que acredita é importante, pois a fé também é um agente transformador. Bem, acho que a oração poderia auxiliar muito neste caso.”

Caso 2 - Discursos Emitidos sobre Internação Compulsória em Caso de Dependência de Crack em Situação SEM Envolvimento Familiar

No segundo caso, seis ideias centrais (IC) foram expressas pelos pesquisados quanto à exposição de internação compulsória do dependente de crack numa situação sem envolvimento familiar:

Quadro 2 - Ideias Centrais Relativas à Internação Compulsória em Caso de Dependência de Crack em Situação SEM Envolvimento Familiar (Caso 2)

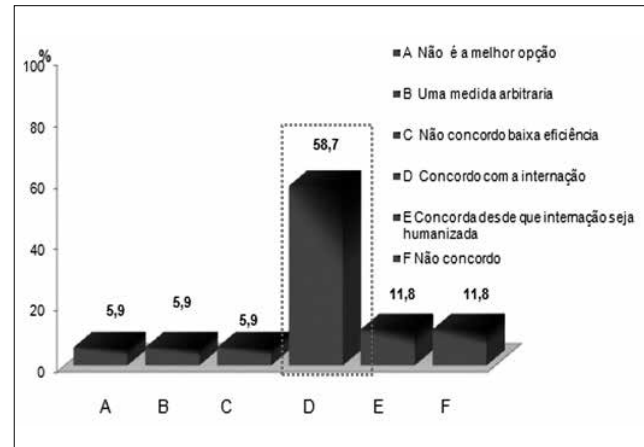
Estranho com dependência de crack - O que você acha da internação compulsória?
Ideia Central A - Não é a melhor opção
Ideia Central B - Uma medida arbitraria
Ideia Central C - Não concordo baixa eficiência
Ideia Central D - Concorda com a internação
Ideia Central E - Concordo desde que a internação seja humanizada
Ideia Central F - Não concordo

Observou-se que o discurso predominante (58,7%) é a favor da internação compulsória dos usuários de crack (IC- D).

Como opiniões menos citadas (IC-A, IC-B e IC-C), todas elas expressas por 5,9% dos entrevistados, remetem à contrariedade da internação por motivos diversos (Figura 2).

Se agruparmos as ideias centrais em dois grupos, sendo eles, os discursos que concordam com a internação e os que não apoiam esta medida temos uma prevalência de ideias centrais a favor da internação de 70,5%.

Figura 2: Distribuição das Ideias Centrais (%) referente à posição frente à internação compulsória de usuários de crack, sem vínculo com o entrevistado (Caso 2)



Quanto aos Discursos emitidos para o Caso 2, os trechos dos discursos emitidos unificados por categoria formaram os seguintes discursos de sujeito coletivo:

– DSC D referente a Concordar com a Internação Compulsória:

“Bom, concordo com a internação compulsória, eu acho ótimo, acho aceitável... já que fazem mal para si né? Sabe, a internação é uma solução e o estado deveria fazer convênio com clínicas sérias. Olha, a internação talvez seja uma solução viável, pois, o ser humano que lá frequenta, chegou a um ponto tão degradante que não tem mais o poder de escolha. Acredito que é importantíssimo, mesmo que usando de medidas drásticas, tentar livrar o ser humano do vício né? Para livrar as pessoas da droga. Olha, concordo, por mais invasivo que isso possa parecer, é realmente melhor do que deixar os doentes entregues à própria desgraça. Sabe, acho muito boa a solução adotada pela prefeitura”.

– DSC F referente à Não Concordância com a Internação Compulsória:

“Sabe, acredito que a internação compulsória é bastante complicada, né? Pois, o usuário

tem direito de não ser internado. Ah, a Internação compulsória deve ser evitada”.

– DSC A referente a opinião de que a Internação Compulsória Não ser a Melhor Opção:

“Bem, não sei se esta seria a melhor opção... Sabe, creio que o caminho não é este... pois forçar a situação poderia levar ao não sucesso da recuperação, né?”.

Discussão

A partir da análise de dados percebe-se que em caso de posicionamento frente a uma situação de tratamento de “anônimos” usuários de crack, os entrevistados pós-graduandos em Saúde Pública da USP tendem a sugerir intervenções mais “radicais”, orientando medidas mais indutivas que explicitam a internação compulsória para a população usuária de crack da Cracolândia.

Tendências de tratamento mais ameno ou paliativo, como conversas, apoio familiar, apoio religioso, só sugerindo internação em último caso, ou não citando esta opção, aparecem predominantemente nos discursos dos pesquisados diante da situação em que se apresenta com envolvimento afetivo dos pesquisados com os usuários-dependentes de crack. Tal comportamento pode estar associado à percepção do usuário-dependente da família como alguém da “casa”, conhecido, próximo e que, portanto, de afeto e que pode ser colocado numa posição de “vítima” da droga; em oposição àquele “de fora”, identificado como desconhecido, anônimo, da “rua” e, por isso visto pela sociedade como marginal e “drogado”. Essa oposição classificatória afeto/conhecidos *versus* estigma/desconhecido já foi exposta por outros autores que analisam a identificação dos indivíduos nos espaços sociais de sociabilidade da casa e da rua²⁰, que se mostram como princípios classificatórios importantes e bastante correntes na sociedade brasileira²¹.

Neste sentido, ser da Cracolândia significaria ser “marginal”, “de rua”, alguém sem laços, sem família, portanto, estranho, que incomoda a organização social, sendo preciso agir sobre. Por isso, a intenção de tratamento sugerida nos discursos dos pesquisados é marcada a partir de uma percepção sanitarista e higienista, que visa à limpeza urbana “para o bem social”, posicionamento vertical presente na formação das ações da Medicina Ocidental e dos Discursos Médicos e de Saúde Pública, como denunciou Foucault²², por isso se mostra incorporado no discurso desses estudantes e profissionais de saúde pesquisados.

O padrão “marginal” de pessoas acometidas com problemas de saúde mental já havia sido apontado por Reis²³ que apontou que pacientes de hospitais psiquiátricos/manicômios judiciários, tinham perfil de baixo nível de escolaridade baixo, inserção profissional pouco qualificada e origem social mais humilde, demonstrando que a qualificação atribuída a esses doente muitas vezes encobre uma discriminação social.

Entretanto, há distorções de opiniões sobre a internação compulsória quando há cunho afetivo, uma vez que, as medidas sugeridas pelos pesquisados não são tão congruentes. Os discursos dos pós-graduandos em Saúde Pública demonstram que o vínculo afetivo leva à moderação de tratamento, em oposição ao que foi sugerido ao desconhecido que frequenta a Cracolândia. Tratamentos “de familiares”, portanto, expressam o desejo humanização do “outro” e de seus tratamentos, os preceitos comportamentais, afetivos e até religiosos são evidenciados nos DSCs emitidos.

De qualquer forma, em ambos os casos salienta-se que pessoas envolvidas com o crack são vistas como pessoas-objeto e não sujeito de direitos, são “não-sujeitos” sobre os quais se deve fazer algo, pois não seriam sujeitos de sua própria história, saúde e opções comportamentais, inclusive de tratamento, como diz um

entrevistado, “não são mais seres humanos doentes entregues à própria desgraça”.

Esta posição integra preconceitos internalizados por este sujeito quanto ao tema “drogas”, associado ao censo comum à ilegalidade/desvio. Esse elemento expresso nos discursos e opiniões dos estudantes profissionais, ou futuros profissionais de saúde, demonstra despreparação e desatualização da classe quanto aos princípios da Reforma Psiquiátrica²⁴ que protagoniza a implantação de um novo modelo de atenção em saúde mental no país. Essa política ressalta e embasa que as novas diretrizes do SUS para a Saúde Mental e uso de drogas deve ser norteadas pela defesa dos direitos humanos para todos os cidadãos, promovendo direitos civis e inserção social dos sujeitos e de seus familiares, envolvendo ações e estratégias interseccionais, para que possa haver opção por mudança nos padrões de consumo, busca de tratamentos, exercício de cidadania e direitos sociais, reinserção social e familiar e reenvolvimento no ambiente de trabalho e lazer, ou seja, da sociedade. Esses princípios estão expressos explicitando o direito à individualidade e ao risco de todos os cidadãos²⁵.

Cabe ressaltar, que o modelo proposto pela reforma psiquiátrica não explicita apenas a desinstitucionalização no sentido de desospitalização, mas além da oferta de uma nova terapêutica, visa uma mudança de enfoque de pacientes/doentes que passam à situação de “protagonista da cura” e do próprio tratamento²⁶, construindo novas estratégias e competências a partir de sua própria experiência.

Da mesma forma, surpreende a orientação de busca da religião presente nas respostas em cuja situação há envolvimento afetivo do pesquisado com a condição de uso-dependência de crack, demonstrando que os pós-graduandos em Saúde Pública não abordam o problema sob a ótica de saúde, muito menos de saúde pública, mas de tema de âmbito privado, que deve ser resolvido mediante estratégias de impacto emocional e cultural das famílias,

diferentemente da visão clara e objetiva que se esperava deste público com relação ao problema da dependência aos psicotrópicos e as normatizações federais que vem sendo divulgadas aos profissionais e em serviços pelo Ministério da Saúde.

Ao mesmo tempo fica explícita a dificuldade dos entrevistados analisarem modelos contraditórios de atuação sobre o problema drogas, uma vez que o atual projeto de internação compulsória contraria as metodologias de projetos em vigor, adotados pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo²⁷, que atuam sob os princípios da redução de danos, fornecendo estratégias de contato e vínculos para promoção de saúde²⁸, entre os quais se prioriza ações de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e HIV/aids e promoção do uso de preservativos, preconizados pelos próprios profissionais de saúde.

Desta maneira constata-se que as representações e opiniões de pós-graduandos de Faculdade de Saúde Pública refletem um início de apropriação de sugestões de tratamento pautadas em premissas científicas, como busca de tratamentos em saúde, de suporte familiar e profissional. No entanto, a especificidade do crack ainda aponta a mistura de percepções do senso comum e mais emocionais, que atribuem a internação compulsória como solução e estratégia sanitária, mesmo que vista como radical, porém “inevitável”. Isso demonstra que este público apoia de forma geral, as políticas adotadas pelos gestores que as propõem, com visto no projeto atual da Prefeitura Municipal de São Paulo.

Para estes pós-graduandos, a atuação na orientação de medidas de saúde frente à internação de dependentes, quando há vínculo afetivo envolvido, é diferente da abordagem adotada com os demais usuários dependentes de crack anônimos socialmente. As medidas familiares tendem a ser mais humanizadas e brandas de apoio psicossocial e, até, de ordem religiosa,

enquanto que aos dependentes anônimos é sugerida apenas a orientação à internação compulsória como medida de tratamento.

Alunos de pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública entendem a dependência de drogas como um problema ligado à necessidade de intervenção vertical efetiva do Estado sobre o indivíduo, mais próximo às perspectivas de higienização e policiamento sanitário. Ações de saúde a partir de relações mais horizontais entre profissionais e usuários não são potencializadas frente a essa problemática – considerada por muitos o extremo de dependência de drogas. Entretanto, investir em intervenções humanizadas, incluindo contatos mais horizontais com esses usuários-dependentes de drogas, valoriza a escolha do indivíduo, incluindo-o no processo de redução de danos e retomada de sua cidadania.

Os dados obtidos da pesquisa expressam desconhecimento ou discordância das políticas nacionais de Saúde Mental e de Prevenção de Drogas que estão sendo cada vez mais ancoradas em propostas de redução de danos, humanização e cidadania, desinstitucionalização e responsabilização dos indivíduos, suas famílias e a comunidade onde estão inseridos, pautando-se pelos critérios de Direitos Humanos^{29, 30}. Portanto, essas novas propostas de políticas federais na área de Saúde Mental e uso de drogas só se efetivarão como prática no país, se os estudantes da área da saúde forem sensibilizados em sua formação a respeito de sua opinião e conceitos, reformulando o modelo médico-interventivo que predomina nas formações acadêmicas.

Ao mesmo tempo, esses estudantes parecem não ter críticas acerca das contradições observadas na pesquisa quanto às estratégias de projetos públicos que abordam o crack que são propostos por diferentes instâncias.

Cabe ressaltar, que esses modelos de intervenção restritiva na qual o indivíduo é tolhido de

seu direito de escolha e, até, do direito de ir e vir, precisam ser avaliados à parte de discursos emocionais de marginalidade atizados pela mídia, antes de serem apoiados e praticados por profissionais de saúde, uma vez que notícias recentes tem demonstrado que atuações mais opressivas têm levado 20% dos frequentadores de crack a retornar a região e outros 30% transferiram-se para usar drogas em outras regiões da cidade, contra o registro de 508 prisões policiais num período de quatro meses³¹. Tais dados demonstram que intervenções compulsórias geram fuga de pessoas que precisam de cuidado, resultando mais em uma aparente higienização social e espacial imediata do que em resolução do problema.

Jornais atestam³¹, ao mesmo tempo, que ações que associam a política de saúde ao uso de drogas com ações policiais também não se mostraram eficaz do ponto de vista da criminalidade, uma vez que o tráfico não cessa sua atividade, apenas torna mais rotativa a sua mão de obra do Centro de São Paulo. A dissociação de ações de saúde com relação às de segurança pública, diante a problemática é fundamental, visto que têm alvos, objetivos distintos e práticas díspares.

A proposta de retenção da polícia não pode ser estendida às práticas de saúde, com o perigo de tornarem-se ações abusivas, como ocorreu na região denominada “Cracolândia”, localizada no Centro da cidade de São Paulo, onde o agrupamento de população, geralmente de rua, formado para consumo de crack era abordado sucessivamente por policiais. Numa ocorrência inédita no Brasil, uma dessas pessoas foi representada pela Defensoria Pública e ganhou determinação judicial lhe dando direito de ir e vir no espaço público sem ser abordado e retido³², de forma a garantir seu direito de autonomia e cidadania, além de expor sua posição de usuário como alguém que existe e têm uma opção de vida.

Referências

1. Crusoé, NMC. A teoria das representações sociais em Moscovici e sua importância para a pesquisa em educação. *Aprender - Cad. de Filosofia e Psic. da Educação*. 2004; 2:105-114. [acesso em: 6 mar 2017] Disponível em: http://periodicos.uesb.br/index.php/aprender/article/viewFile/3792/pdf_121
2. Dualibi LB, Ribeiro M, Laranjeira R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cad. Saúde Públ.* 2008; 24(4):545-57.
3. Brasseux C, D'Angelo LJ, Guagliardo M, Hicks J. The changing pattern of substance abuse in urban adolescents. *Archiv. Pediatr. Adolesc. Med.* 1998; 152(3):234-237.
4. Adorno RCF, Silva SL, Malvasi PA, Vasconcelos MP, Gomes BR, Godoi TC. Etnografia da cracolândia: notas sobre uma pesquisa em território urbano. *Saúde Transf. Soc.* 2013; 4(2):4-13.
5. Gatti S. Em busca de uma construção democrática no projeto Nova Luz. *Anais: Encontros Nacionais da ANPUR*. 2013; texto 1049:1-14. [acesso em: 6 mar 2017] Disponível em: <http://unuhospedagem.com.br/revista/rbeur/index.php/anais/article/view/4305>
6. Taschner SP. Habitação e demografia intra-urbana em São Paulo. São Paulo: *Rev. Bras. Est. População*. 1990; 7(1):3-34. [acesso em: 6 mar 2017]. Disponível em: http://rebeb.org.br/index.php/revista/article/view/545/pdf_519
7. Conselho Nacional Antidrogas. Resolução n. 3, de 27 de outubro. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília: SIPR/CH/CONAD; 2005. [acesso em: 16 abr 2017]. Disponível em <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326979.pdf>
8. Brasil. Lei 11.343 de 23 de Agosto de 2006. Brasília: Casa Civil da Presidência da República; 2006. [acesso em: 7 abr 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm
9. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e drogas. In: Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ed. MS; 2003.
10. Mural Brasil. Ação Integrada Centro Legal projeta o fim da Cracolândia; 2010. [acesso em: 6 mar 2017]. Disponível em: <http://muralbrasil.wordpress.com/2010/08/05/acao-integrada-centro-legal-projeta-o-fim-da-cracolandia/>
11. Polícia Militar do Estado de São Paulo. Operação integrada centro legal. [acesso em 8 fev 2012]. Disponível em: <http://policiamilitar.sp.gov.br/hotsites/centrolegal/index.html>
12. Uol Noticias em São Paulo. São Paulo estuda internação compulsória de usuários de drogas; especialistas criticam viés “higienizador” da medida. São Paulo. Portal Uol; 5 ago 2011. [acesso em: 20 ago 2017]. Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2011/08/05/prefeitura-de-sao-paulo-estuda-internacao-compulsoria-de-usuarios-de-drogas-especialistas-criticam-vies-higienizador-da-medida.htm>
13. Coletivo Antiproibicionista de São Paulo. Dartiu Xavier: “a internação compulsória é sistema de isolamento social, não de tratamento”. São Paulo. *DAR*; 24 out 2011. [acesso em: 24 abr 2017]. Disponível em: <http://coletivodar.org/dartiu-xavier-%E2%80%9Ca-internacao-compulsoria-e-sistema-de-isolamento-social-nao-de-tratamento%E2%80%9D/>
14. Feffermann M. Crianças e adolescentes na vigência de um “estado penal”. *Revista Jurídica Consulex*. 2011; 352:34-5
15. Brasil. Lei 10.216, Reforma psiquiátrica antimanicomial. Brasília: Casa civil da presidência da república; 2001. [acesso em: 10 jun 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm
16. Medeiros SR, Guimarães J. Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. Rio de Janeiro: *Ciência e Saúde Coletiva*. 2002; 7(3):571-579.
17. Ministério da Saúde. Política nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [acesso em: 10 jun 2017]. Disponível em: <http://acompanhamentoterapeutico.com/2009/06/23/politica-nacional-de-saude-mental>
18. Lefevre F, Lefevre AMC. Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo. Brasília: Líber Livro; 2011.
19. Aiello-Vaisberg TMJ. Investigação de representações sociais. In: Trinca W. Formas de investigação clínica em psicologia: procedimento de desenhos-estórias. São Paulo: *Vector*; 1997. p.255-288.
20. Magnani JG. De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. *Rev. Bras. Ciênc. Soc.* 2002; 17(49):11-29.
21. Damatta R. A casa e a rua espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. 5ª ed. Rio de Janeiro: Rocco; 1997.
22. Foucault M. Vigiar e punir. 12ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1995.
23. Reis AOA. Saúde mental, democracia e responsabilidade. *Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.* 2010; 20(1):11-15. [acesso em: 22 abr 2017]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n1/03.pdf>
24. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Secretária de Atenção a Saúde/DAPE; 2004.
25. Vaz P, Sá-Carvalho C, Pombo M. Risco e sofrimento evitável: a imagem da polícia no noticiário de crime. Rio de Janeiro: *Rev. Assoc. Nac. Progr. Pós-Grad. Comun.* 2005; 25(1):3-22.

26. Venturini E. A desinstitucionalização: limites e possibilidades. *Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.*. 2010; 20(1): 138-151. [acesso em: 22 abr 2017]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n1/18.pdf>

27. É de Lei. [acesso em: 22 abr 2017]. Disponível em <http://edelei.org/home/>

28. Carta Capital. A luta contra a escuridão. São Paulo: Carta Capital; 8 out 2010. [acesso em: 24 abr 2017]. Disponível em: http://centroedelei.blogspot.com/2010_02_01_archive.html.

29. ONU – Organização das Nações Unidas. Declaração dos Direitos do Homem. Genebra: ONU; 1948.

30. Grunpeter PV; Costa TCR, Mustafá MAM. O movimento da luta antimanicomial no Brasil e os direitos humanos dos portadores de transtorno mentais. Anais do II seminário

nacional movimentos sociais, participação e democracia. Florianópolis: UFSC; 25 a 27 abr 2007. [acesso 24 abr 2017]. Disponível em: http://www.sociologia.ufsc.br/npms/paula_v_grunpeter.pdf

31. Folha de São Paulo. Após 4 meses de ação policial, tráfico persiste na Cracolândia. *Caderno Cotidiano*. São Paulo: FSP; 2012. [acesso em: 30 abr de 2017]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidiano/40119-apos-4-meses-de-acao-policial-traffic-persiste-na-cracolandia.shtml>

32. Folha de São Paulo. Justiça dá a viciado direito de circular pela Cracolândia. *Caderno Cotidiano*. São Paulo: FSP; 2012. [acesso em: 27 abr 2017]. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidiano/39590-justica-da-a-viciado-direito-de-circular-pela-cracolandia.shtml>

Inclusão de familiares de pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool e outras drogas na atenção em saúde

Inclusion of family members of people with needs resulting from the use of psychoactive substances in health services

Helton Alves de Lima¹,
Isabel Bernardes Ferreira^{II}

Resumo

Este estudo tem como objetivo refletir sobre a inclusão dos familiares de usuários de álcool e outras drogas nos serviços de saúde, no contexto das proposições e diretrizes de cuidado da Rede de Atenção Psicossocial. Parte-se da consideração de que os familiares desenvolvem no cotidiano, ações de cuidado de uma parcela significativa da população atendida pelos serviços e, com frequência, apresentam queixas e demandas derivadas da sobrecarga do cuidado. Aborda-se também a noção de codependência e o modo como este rótulo é atribuído aos familiares. Por fim, são apresentados parâmetros psicossociais para práticas que buscam desenvolver a solidariedade, a educação/orientação e o fortalecimento destes familiares enquanto estratégia de qualificação do cuidado integral de todo núcleo familiar.

Palavras-chave: Família; Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Assistência à saúde mental.

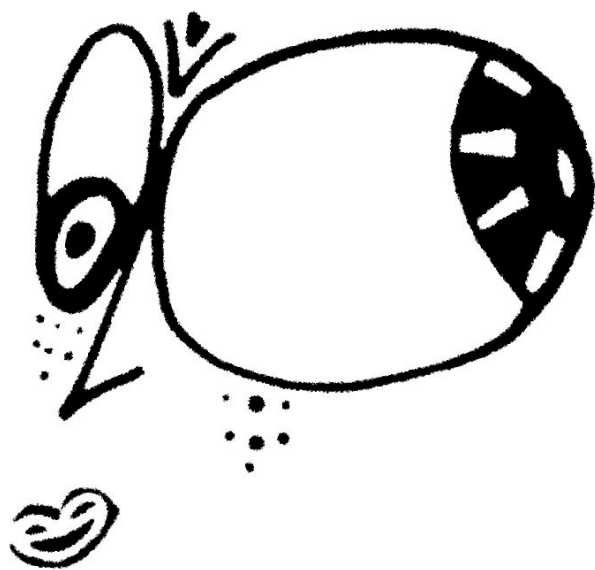
Abstract

This study aims to reflect upon the inclusion of family members of alcohol and other drug users in health services, in the context of the proposals and guidelines of care of the Network of Psychosocial Care. It is based on the consideration that family members develop daily care actions for a significant portion of the population served by the services and often present complaints and demands derived from the overload of care. The notion of codependency and the way in which this label is attributed to family members is also discussed. Finally, psychosocial parameters are presented for practices that seek to develop solidarity, education/orientation and strengthening of those relatives as a strategy to qualify the integral care of each family unit.

Keywords: Family; Substance-related disorders; Mental health assistance

¹ Helton Alves de Lima (lima.helton@gmail.com) é psicólogo com Aprimoramento em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo e Especialização em Saúde Mental e Dependência de Drogas pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

^{II} Isabel Bernardes Ferreira (belbernardes5@gmail.com) é Assistente Social, com Especialização em Dependência Química pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.



Introdução

Os estudos que enfatizam o contexto familiar de pessoas com necessidades decorrentes do consumo de drogas têm apontado para a existência de vulnerabilidades psicossociais diversas, responsáveis pela manutenção de condições desfavoráveis que tendem a agravar, se não forem devidamente consideradas pelas equipes interprofissionais, a saúde de todo o grupo familiar^{3,12}. Dentre estas condições, destacam-se o aumento das crises e dos conflitos entre os membros da família, com conseqüente enfraquecimento dos laços e possibilidade de rupturas relacionais, gastos financeiros relacionados à dívida de drogas e despesas de tratamento e/ou decorrentes da situação de desemprego do usuário, adoecimento associado a componentes psicoafetivos, negligência dos aspectos estruturantes da vida – como interesse na própria saúde e relações sociais – e abandono de projetos de vida pessoais e familiares³.

O foco na análise do contexto considera as dimensões socioculturais, políticas, materiais e afetivas implicadas na questão do uso prejudicial. Desta forma, problematiza e inverte o valor social amarrado à lógica proibicionista, que supervaloriza

a relação dual entre o usuário e a droga e, não raramente, coloca o peso da balança nesta última³, além do tipo de simplificação decorrente desta lógica, que minimiza a complexidade inerente ao desenvolvimento dos contextos de vida das pessoas consumidoras de drogas³. O conjunto de condições desfavoráveis e das dimensões que constituem a vida das pessoas viabiliza situações de adoecimento e práticas de cuidado domésticas⁴ que traduzem a vivência de necessidades sociais e de saúde diversas⁸.

Por meio deste raciocínio, a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas²² propôs a construção de lógicas e práticas de cuidado que integrem o âmbito clínico da intervenção e a Saúde Coletiva, objetivando a diversificação de esforços e estratégias para a produção da integralidade. A Política reafirma, no seu modo de produção do cuidado, a centralidade na pessoa e em seu contexto de vida, orientando as ações para a identificação dos fatores de proteção e de risco presentes em todos os domínios de vida do usuário, como também, para o agenciamento de pessoas, instituições, políticas e recursos da comunidade enquanto subsídios para o enfrentamento das vulnerabilidades, na lógica do trabalho em rede²².

Com a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pela Portaria nº 3.088 de 2011, reafirmou-se, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Política de Atenção Integral e a promoção do acesso de usuários e seus familiares aos diferentes pontos de atenção, bem como a participação ativa destes na construção dos Projetos Terapêuticos Singulares²³. Entretanto, nota-se a necessidade de reflexões e de subsídios teórico-técnicos que sustentem o repertório de atuação das equipes na construção de suas estratégias de inclusão de familiares. A inclusão de familiares no cuidado em saúde mental de pessoas com necessidades decorrentes do consumo de substâncias psicoativas e/ou dos transtornos mentais é um desafio inerente à construção e qualificação da RAPS, que envolve questões políticas, mas também, culturais e formativas.

Este artigo se propõe a refletir sobre a inclusão dos familiares de usuários de álcool e outras drogas na produção do cuidado pelas equipes de saúde e explora dados relevantes para a compreensão da problemática e questões-chaves que insistem em atravessar o cotidiano da atenção, como a sobrecarga do cuidado, o senso comum do estereótipo da codependência e as práticas de inclusão de familiares no contexto da atenção psicossocial.

Aspectos relativos à sobrecarga do cuidado familiar

A família tem sido compreendida como a fonte primária de socialização e aprendizagem e, através dela, transmitem-se um conjunto de crenças, valores, costumes, hábitos e dinâmicas relacionais. É sabido que a instituição “família” tem passado por transformações diversas, principalmente no que se refere a sua estrutura e composição³⁷. Entretanto, no tocante aos papéis, tarefas e obrigações tradicionalmente a ela atribuídas, permanece a expectativa social em relação

ao cuidado, como, por exemplo, na vivência do papel de gênero, em que há centralidade feminina no cuidado da saúde do grupo familiar⁴. Esse fenômeno é observado no cotidiano dos serviços da Saúde Mental especializados no consumo prejudicial de álcool e outras drogas, em que as mulheres protagonizam responsabilidades, como buscar ajuda e apoiar o tratamento do familiar usuário e, com frequência, apresentam sobrecarga relativa à tarefa do cuidado³².

Nas condições de adoecimento psíquico e transtornos comportamentais (nas quais estão situadas os transtornos relativos ao consumo de substâncias psicoativas), a Organização Mundial da Saúde reconheceu a sobrecarga como fator impactante na qualidade de vida dos grupos familiares que convivem com pessoas acometidas por essas problemáticas²⁶. A sobrecarga refere-se às vivências destes familiares que, ao assumirem o papel de cuidadores de um membro da família com necessidades de cuidado intensivo e/ou de longo prazo, enquanto um modo de reorganização do núcleo familiar para lidar com o problema apresentado, colocam suas necessidades e desejos pessoais em segundo plano e assumem tarefas a mais em relação àquelas já desempenhadas e/ou esperadas⁴.

A sobrecarga é conceituada a partir de duas dimensões: uma objetiva e outra subjetiva. A dimensão objetiva diz respeito às consequências negativas concretas e observáveis do cuidado, como as perdas financeiras, as perturbações nas rotinas dos familiares, as tarefas cotidianas adicionais (alimentação, finanças, frequência ao tratamento, etc.) e a ocorrência de comportamentos problemáticos e potencialmente embaraçosos que a família tem que lidar no cotidiano². A dimensão subjetiva envolve as expectativas, crenças e valores familiares, sociais e pessoais que podem influenciar negativamente no estado de saúde e qualidade de vida dos cuidadores e reflete a

percepção ou avaliação pessoal do familiar sobre si e sobre a situação, enquanto fonte de pensamentos e sentimentos negativos de desamparo, tristeza e culpa, bem como, vergonha diante das pessoas, pela natureza do estigma relacionado aos transtornos mentais².

No Brasil, uma pesquisa recente revelou que o familiar cuidador, ou seja, aquele que se responsabiliza por acompanhar, apoiar o tratamento, assim como responder às outras necessidades do membro da família com transtorno decorrente do consumo de álcool e outras drogas, com frequência são mães (46,5%), seguido por pais (13,2%), irmãos (12,6%) e esposas (11,2%). As mães são as que mais buscaram ajuda para os usuários (51%), principalmente após observarem comportamentos como agressividade e indiferença ou por presenciarem o consumo de alguma substância psicoativa e sintomas de intoxicação¹⁸. A procura por ajuda pautou-se principalmente na busca por recursos como a internação (21,5%), os grupos de ajuda mútua (13,9%), os profissionais autônomos de Psiquiatria (6,7%) e Psicologia (1%), bem como os recursos presentes nas próprias redes de suporte pessoais, como a religião (11%) e os parentes e amigos (7%). Entretanto, estes familiares buscaram pouco os serviços de saúde como hospital (2,2%) e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) (2,6%). A média de tempo que levaram para realizar essa busca foi de 37 meses e esteve associada a dificuldades como o não reconhecimento do problema ou a não aceitação do tratamento por parte do usuário, ao desconhecimento sobre quais recursos assistenciais procurar, à falta de dinheiro e às situações de negligência familiar¹⁸.

Na vivência dessa situação, alguns aspectos de sobrecarga são observáveis nas finanças e na saúde em geral, relatados como os principais campos da vida dos familiares afetados pelo transtorno de uso de substâncias de um de seus

membros¹⁸. Ao buscarem ajuda, principalmente na internação, quase metade dos familiares dos entrevistados relataram que o ato afetou drasticamente as finanças da família (45,4%). Outros impactos negativos, além do gasto financeiro objetivo, foram relatados, como a redução da dedicação pessoal ao trabalho e estudo (58,5%), à vida social (47%), bem como, a presença de situações estressoras, como ameaças (12%), furtos no ambiente doméstico por parte do usuário (26%) e o pessimismo em relação ao futuro (29%)¹⁸.

A sobrecarga vivenciada por familiares cuidadores também aparece associada a outros fatores presentes no cotidiano doméstico. Os conflitos familiares, com frequência, são precipitados pela observação e recriminação de alguns comportamentos do familiar usuário, como condutas de agressividade ou de passividade diante das demandas pessoais, familiares e sociais, como também, pela exigência de abstinência pelos membros da família, o que revela a presença de intensas expectativas que resultam em sentimentos de fracasso, desamparo e desesperança na vivência do familiar cuidador²⁵.

Associa-se ainda à sobrecarga os sintomas ligados à ansiedade, à depressão e a outros problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos cuidadores²⁰. O impacto da vivência desses sintomas tende a comprometer o desenvolvimento e a manutenção, pelos próprios familiares, de estratégias de enfrentamento adaptativas diante das situações de conflitos intensos, marcadas por sentimentos de desesperança e por vínculos afetivos enfraquecidos²⁰.

Outro elemento que parece estar associado à sobrecarga é o fenômeno do estigma por associação e do criticismo público¹⁰. É possível acompanhar efeitos dos processos de estigmatização na subjetividade desses familiares, na medida em que atribuem para si uma marca negativa em suas biografias devido à presença de um usuário de

substâncias psicoativas em seu núcleo familiar, estimulando situações de isolamento social devido ao receio de que pessoas próximas tomem conhecimento da situação e das críticas e julgamentos que podem vir a receber, principalmente sobre seus comportamentos de ajuda e proteção ao usuário¹⁰.

O estigma, portanto, não só prejudica muitas pessoas com doença mental ou abuso de drogas ou ambos, mas também afeta os familiares destes indivíduos^{10,13,27}. Um estudo populacional americano¹⁰ constatou que o estigma relacionado aos familiares de pessoas portadoras de transtorno mental é menor do que aquele dirigido a quem possui usuários de drogas na família, que tendem a ser reconhecidos socialmente como responsáveis pelo aparecimento do transtorno de substâncias e pelas conseqüentes recaídas, além de serem avaliados como incompetentes no desenvolvimento de seus papéis parentais, estando mais propensos a serem evitados nas interações sociais, com um “estigma por associação”.

Codependência e afetividade

Sabe-se que o consumo prejudicial de substâncias psicoativas e o adoecimento conseqüente podem ser reforçados na dinâmica das famílias, embora, ao mesmo tempo, isto possa causar um sofrimento importante a estas pessoas³⁶. No início dos anos 40 nos Estados Unidos, com o surgimento dos grupos de mútua ajuda, como os Alcoólicos Anônimos (AA), as famílias passaram a integrar essas estratégias no papel de apoio familiar. Na época, as esposas eram as apoiadoras principais dos alcoolistas em tratamento e, por apresentarem comportamentos de excessiva dedicação ao cuidado e à recuperação desses, receberam o rótulo de codependentes. Esse rótulo englobava variados elementos constitutivos da vida destas mulheres, como: a dinâmica relacional estabelecida por elas e seus maridos – que

parecia circular em torno da temática do consumo do álcool principalmente –, seus comportamentos diante do uso de álcool do marido (vistos como permissivos), além do empobrecimento de suas relações interpessoais e o maior interesse dessas mulheres pelos problemas do cônjuge do que de suas próprias necessidades^{9,33,39}.

Com a expansão dos grupos de apoio aos familiares na década de 1970, o termo codependência passou a nomear todos aqueles que estabeleciam uma relação afetiva e de convivência com o alcoolista, fossem esses mães, filhos, sobrinhos e amigos. Nesses grupos, a participação das mulheres era muito marcada e logo passou-se a associar a codependência ao sexo feminino⁷. O movimento feminista colocou criticou tal associação, questionando o modo como o termo codependência generalizava condutas diversas e promovia estigma sobre as mulheres, atribuindo a elas responsabilidades pelo adoecimento de seus familiares e, possivelmente, pelas conseqüências do consumo abusivo de substâncias, como as situações de violência doméstica¹⁶. A crítica do movimento feminista apontava que, para além de características pessoais, muitas destas mulheres mantinham-se nos relacionamentos por conseqüências sociais e políticas mais complexas.

Por sua vez, o foco na dinâmica do cuidado familiar passou a interessar profissionais da saúde, com destaque para aqueles engajados na teoria cognitivo-comportamental, que considera a existência comportamentos reforçadores do consumo e a cristalização de condutas nessas dinâmicas familiares, como o cuidado em excesso, a hipervigilância e o controle do outro pelo familiar cuidador³⁰. Sem demora, o termo codependência adentrou o campo científico e começou a ser apropriado, definido e validado pela Psicologia, fabricando um sistema de classificação no qual um amplo conjunto de características pessoais e relacionais advogavam pela aceitação dessa condição por estes familiares^{15,35}.

Se, por um lado, o “movimento” da codependência gerou um conjunto de características por meio das quais os familiares poderiam se identificar uns com os outros em situações de apoio mútuo, ou serem identificados pelos profissionais de saúde^{9,34}, por outro lado, apontou para o fato de que todas estratégias de cuidado excessivo e de controle da pessoa e de seu consumo de drogas, com efeito, encobriam componentes psicoafetivos e de personalidade dos cuidadores, implicados no modo como estes estabeleciam suas relações interpessoais e vinculares¹⁶.

Para além do imperativo de tomada de consciência da sua codependência e conseqüente mudança comportamental, conforme observado na expectativa das propostas dos grupos de apoio mútuo, o que está em questão é a própria complexidade inerente à subjetividade e à dinâmica psíquica destes familiares¹⁶. Desde um viés psicanalítico, a relação entre o usuário e o cuidador tradicionalmente designada de codependência, com efeito, remete às estratégias de enfrentamento de necessidades muito singulares referentes à constituição psíquica de cada sujeito e que se misturam às relações por ele estabelecida¹⁶. Neste viés, o cuidado e a preocupação excessiva para com o outro, associado aos mecanismos de controle, está ancorado em perturbações presentes na formação do vínculo, que tem sua origem no desenvolvimento psicossocial, na constituição dos padrões de apego e na dinâmica psíquica caracterizada pela rigidez e obsessividade¹⁶. Desse modo, o sofrimento decorrente desta vivência relacional, em que se assume a posição enrijecida de cuidado, se entrelaça com a satisfação, o alívio e o prazer que essa posição fornece ao psiquismo e à identidade pessoal¹⁶.

Outro aspecto importante da questão é o apontamento de que existem, na biografia desses familiares cuidadores, componentes psicossociais ligados à vivência em suas famílias de origem marcados pela presença de barreiras

difusas no relacionamento entre seus membros, com baixos níveis de diferenciação e individualização entre eles, baixa autoestima, pouco controle emocional e sentimento invasivo de culpa¹⁶. Um exemplo é o fato de muitos desses familiares, desde a infância, assumiram papéis de cuidado e responsabilidades demasiadas para a faixa etária e/ou momento de vida em que se encontravam⁶.

Logo, é possível compreender que os estudos acerca da codependência têm um papel que evidencia aspectos geradores e mantenedores de sofrimento na vida desses familiares, embora seja importante não rotular esses sujeitos, engessando-os e/ou reduzindo-os a determinados papéis e características. A partir da perspectiva de estudos sobre a resiliência¹, pode-se construir outros olhares e práticas para encarar a situação, ao se trabalhar com esses familiares a crença de que é possível aprender, mudar, desenvolver novas habilidades e aprimorar a comunicação, a autoestima e a responsabilidade, com base no desenvolvimento de características positivas. Ou seja, para mitigar o sofrimento dos familiares que vivem diariamente o problema do consumo de álcool e outras drogas, é importante reconhecer os recursos criativos que um grupo familiar possui e que pode utilizar em condições estressantes, previstas ou não, em todo o ciclo vital¹.

Estratégias de inclusão e participação da família baseadas em parâmetros psicossociais

Na atualidade, um bom tratamento às pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool e outras drogas compreende a escuta e o cuidado ao familiar, assim como o estímulo à participação ativa deste no processo de cuidado, para que se tenha melhor apreensão do contexto sociocultural e familiar e seus recursos, limites e potencialidades^{19,31}.

No desenvolvimento da atenção psicossocial, a família possui centralidade, na medida em

que suas funções são requisitadas enquanto dimensão produtora de cuidados¹⁷. No campo da Saúde Mental, historicamente essa dimensão cuidadora ficou reduzida à prestação de informações sobre o surgimento e a manutenção do adoecimento às equipes dos hospitais psiquiátricos²¹; ou ainda, como foi visto, reduziu-se à co-dependência, num viés corretivo da relação entre o usuário e sua família. Esse tipo de lógica vem sendo desconstruída – não sem inúmeros desafios – a partir dos esforços teórico-técnicos e de militantes empregados na constituição do cuidado integral no Sistema Único de Saúde.

De modo geral, a relação entre cuidado e família no contexto da Rede de Atenção Psicossocial envolve, no mínimo, três norteadores: a inclusão participante da família que coletiviza e partilha saberes, práticas e sentidos singulares no desenvolvimento do cuidado, o acesso à informação e orientação sobre o processo saúde-doença-cuidado e o acolhimento e escuta das dificuldades e necessidades apresentadas pelos familiares⁷. Estes três aspectos se entrelaçam no cotidiano da atenção psicossocial, marcando uma diferença em relação à clínica baseada no sintoma e no recurso medicamentoso, como também, se distingue em relação ao lugar tradicionalmente atribuído à família nesse campo, o de vítima ou culpada pelo adoecimento psíquico de um de seus membros²¹.

É importante reforçar que a atenção psicossocial desenvolve suas estratégias a partir do contexto de vida dos usuários e busca ampliar e qualificar as redes sociais destes por meio das trocas sociais efetivas, direcionadas para a reversão dos fatores de exclusão que impedem o exercício pleno da cidadania²⁸. A centralidade na família em toda sua complexidade, assim como preconiza a Estratégia Saúde da Família, é entendida na atenção psicossocial como um dos princípios do cuidado e da reabilitação psicossocial²¹. A atenção das equipes aos familiares, portanto, é imprescindível,

tendo em vista as necessidades apresentadas no desenvolvimento do cuidado familiar²¹.

A relação estabelecida entre o usuário e sua família é apontada como um fator a ser trabalhado pela equipe, na medida em que se possibilita a ressignificação de diferentes aspectos da vida e a inclusão social^{29,32}. As relações interpessoais destes usuários são permeadas por vínculos frágeis e por preconceitos e rótulos associados à representação social do usuário de drogas: geralmente a quem as pessoas próximas atribuem a causalidade pelos sentimentos de raiva, rancor, vergonha e culpa, devido às discussões e humilhações em diferentes situações do cotidiano e devido ao afastamento, exclusão e marginalização³². Nesse sentido, a inserção da família no cuidado tem por objetivo trabalhar esse conjunto de crenças, expectativas e atitudes geralmente associadas a uma interação baseada em conflitos e na desqualificação da identidade do usuário³²; ao mesmo tempo em que se tenta reduzir fatores associados ao desejo e/ou à necessidade de internação prolongada enquanto recurso principal do cuidado, visando melhorar as competências do cuidado em contexto domiciliar e aquelas ligadas ao desenvolvimento da vida pessoal²⁴.

A família, assim como os amigos e a comunidade, é considerada parceira e parte constituinte da rede de apoio que compartilha a responsabilidade pelo cuidado com o usuário e a equipe^{29,32,33,38}, utilizando combinados e negociações que contemplem diferentes aspectos da situação e possibilidades dos envolvidos²⁴. Entretanto, a corresponsabilização e a continuidade do cuidado não estão dadas ou definitivamente conquistadas, mas dependem, em grande parte, de um esforço integrador das equipes em reconhecer os desejos, dificuldades e saberes dos familiares, por meio do qual a escuta, o acolhimento, o apoio e a orientação têm papel central, enquanto bases para a construção vincular³³. E isso se dá ampliando as possibilidades de

troca, acolhimento e comunicação²¹, superando a tendência ambulatorial que encerra as possibilidades de comunicação na agenda do serviço e da oferta de ação com dia e hora marcada⁵.

Na construção de vínculos, a solidariedade e o apoio têm papel fundamental, já que a família não é reconhecida apenas como uma rede de apoio ao usuário, mas como pessoas que vivenciam necessidades diversas⁵. Antes de significar apenas um artifício que visa melhorar a efetividade de um serviço especializado, a construção do vínculo entre equipe e familiares tem como tarefa o exercício da cidadania, de forma a garantir a integralidade do cuidado de todo o grupo doméstico por meio do acolhimento das necessidades apresentadas, do direito à convivência familiar e do fortalecimento dos vínculos^{21,29,38}. Uma equipe que atua de forma “integrada” com os usuários e seus familiares tende a ser melhor reconhecida por esses³² que passam a se sentir cuidados em suas necessidades²¹, já que a sobrecarga vivenciada pelos familiares é atenuada pelo desenvolvimento de estratégias acolhedoras e de enfrentamento das situações objetivas, como o suporte social, o apoio e a orientação⁴.

Tais estratégias são desenvolvidas pelas equipes e protagonizadas pelas diferentes categorias profissionais, por meio de grupos e oficinas terapêuticas, atendimentos individuais, visitas domiciliares e busca ativa de familiares pouco presentes no cuidado^{19,21}. Especialmente no caso dos grupos desenvolvidos no contexto dos serviços de saúde, esses devem buscar descentralizar o atendimento focado na queixa do sintoma para que outros eixos estruturantes do processo saúde-doença possam ser considerados, principalmente aqueles ligados à promoção da saúde, agregando, assim, em sua oferta, informações qualificadas sobre o processo saúde-doença-cuidado e o estímulo à interação afetiva, participativa e solidária que possibilitam um cuidado baseado na escuta, no acolhimento, na troca, na solidariedade e nas

possibilidades sempre singulares de modificação de estilos de vida dos participantes¹⁴.

Para finalizar, os grupos de familiares têm sido modelados na perspectiva da oferta de ações de apoio e de educação em saúde, com uma tendência geral de composição multifamiliar, ou seja, com a presença de familiares de diferentes usuários¹⁹. Essa opção tem revelado seu potencial na medida em que a oferta de suporte, ao se conformar em estratégia de apoio e ampliação de rede sócio relacional, reconstrói espaços de sociabilidade que facilitam a interação, a troca de experiências, a solidariedade e a partilha de narrativas de sofrimento e desorientação que acompanham o cotidiano de muitos familiares, possibilitando a construção de ações de cuidado sobre fatores que vulnerabilizam e fragilizam diferentes aspectos de suas vidas¹⁹.

Considerações finais

O desenvolvimento do cuidado integral previsto na Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas envolve a construção de estratégias que consideram o contexto de vida dos usuários e a centralidade na família. No caso das problemáticas atravessadas pelo consumo prejudicial de substâncias psicoativas, as necessidades sociais e de saúde são múltiplas e estão associadas ao comprometimento da qualidade de vida de todo grupo familiar e de suas competências para o cuidado. A sobrecarga vivenciada por familiares cuidadores têm facetas diversas que devem ser exploradas pelas equipes, não só em seu viés subjetivo, mas objetivo, tendo em vista que estes dois componentes se afetam mutuamente, produzindo desfechos negativos relacionados à sobrecarga do cuidado. Dito de outro modo, a escuta das dificuldades e das potencialidades da família que vivencia tal situação é fator de fortalecimento da dimensão cuidadora por ela exercida, por meio do apoio, da solidariedade, da cooperação e

da integração com as equipes de saúde, com os recursos comunitários e das políticas públicas.

O rótulo da codependência atribuído aos familiares foi e ainda é carregado de preconceitos e reducionismos. O modo como seu foco recai exclusivamente em um aspecto da vida desses familiares (a relação dita disfuncional entre eles e o membro usuário) pode gerar um preconceito ainda maior sobre a família e uma inobservância das necessidades por ela apresentadas e do exercício de sua cidadania. É evidente a contribuição das dinâmicas familiares e geracionais para a manutenção de um modo de consumo prejudicial e problemas decorrentes, entretanto, isso não deve se tornar um fator de desconsideração da família enquanto campo constitutivo das relações sociais e de inclusão do ponto de vista do cuidado e da cidadania. As atitudes e crenças familiares não são resultados de um simples modo codependente de existir, mas estão relacionados a fatores psicoafetivos, culturais e sociais diversos, tendo em vista que a família não está dissociada do contexto macrossocial e, sim, partilha de todas as contradições e formas de discriminação presentes em nossa sociedade. A família se modifica ou se fortalece no acesso à informação, ao cuidado e aos demais direitos sociais.

Portanto, a inclusão de familiares no cuidado em Saúde Mental de pessoas com necessidades decorrentes do consumo de substâncias psicoativas e/ou dos transtornos mentais é um desafio inerente à construção e qualificação da Rede de Atenção Psicossocial. Por se tratar de um desafio, é possível reconhecer nela a existência de um campo complexo que envolve questões históricas, culturais, técnicas e políticas e que influenciam o modo como as equipes interprofissionais compreendem esses familiares (como sujeitos de direito ou como culpados e/ou vítimas do adoecimento) e com eles constroem relações inclusivas e colaborativas ou indiferentes e evasivas. Ao debruçarem-se sobre

esse tipo de desafio num viés exploratório e problematizador de suas práticas, as equipes podem experimentar uma potência de ampliação e qualificação de seus repertórios técnicos e políticos favoráveis à construção de boas práticas.

Referências

1. Amato TC, Ronzani TM, Noto AR. Resiliência: contribuições das evidências científicas para a construção do conceito. In: Silva EA. Vulnerabilidades, resiliência, redes: uso, abuso e dependência de drogas. São Paulo: Editora Red Publicações; 2015. p.171-180.
2. Bandeira M, Barroso SM. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. *Jorn Bras Psiq.* 2005; 54(1):34-46.
3. Barnard M. *Drugs in the family: The impact on parents and siblings.* Glasgow: Joseph Rowntree Foundation, University of Glasgow; 2005.
4. Barroso SM, Bandeira M, Nascimento E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. *Rev Psiq Clín.* 2007; 34(6):270-277.
5. Bielemann VLM, Kantorski LP, Borges LR, Chiavagatti FG, Willrich JQ, Souza AS et al. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. *Text Cont Enferm.* 2009; 18(1):131-139.
6. Bortolon CB. Funcionamento familiar e questões de saúde associados com codependência em familiares de usuários de drogas. *Ciê. Saúde Col.* 2016; 21(1):101-107.
7. Calábria OP. Dependência química e liberdade: a filosofia e o tratamento da codependência. *Rev Interações: Cult e Comu.* 2007; 2(2):65-79.
8. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (organizadores). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco; 2001.
9. Cermak TL. Diagnostic criteria for codependency. *Journ Psych Drugs.* 1986; 18(1):15.
10. Corrigan PW, Miller FE, Watson AC. Blame, shame, and contamination: The impact of mental illness and drug dependence stigma on family members. *Journ Fam Psycho.* 2006; (2)239-246.
11. Dear GE, Roberts CM. Validation of the holyoake codependency Index. *Journ Psycho.* 2005; 139(4):293-31.

12. Effective Interventions Unit. Supporting families and carers of drug users: a review. edinburgh: effective interventions unit, Edinburg: Scottish Executive; 2002.
13. Ferreira GCL, Silveira PS, Noto AR, Ronzani TM. Estigma internalizado e suporte social: uma revisão sistemática. *Est. Psico.* 2014; 19(1):1-88.
14. Ferreira Neto JL, Kind L. Práticas grupais como dispositivos na promoção da saúde. *Physis Rev Saúde Col.* 2010; 20(4):1119-1142.
15. Fischer J, Spann L, Crawford D. Measuring codependence. *Alcohol Treat Quarterl.* 1991; (8):87-100.
16. Humbert LV. Relacionamentos aditivos, um estudo psicanalítico [tese de doutorado]. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo; 2014.
17. Jorge MSB, Pinto AGA. Adoecimento mental e família: representações e subjetividades. In: Trad LAB. Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
18. Laranjeira R, Madruga CS, Pinsky I, Caetano R, Mitsuhiro SS. Levantamento nacional de famílias dos dependentes químicos. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP; 2012.
19. Lima HA, Mângia EF. Estratégias grupais voltadas aos familiares de pessoas com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas: uma revisão narrativa. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* 2015; 26(2):294-300.
20. Marcon SR, Rubira EA, Espinosa MM, Belasco A, Barbosa DA. Quality of life and stress in caregivers of drug-addicted people. *Acta Paul. Enferm.* 2012; 25(2):7-12.
21. Mielke FB, Kohlrausch E, Olschowsky A, Schneider JF. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. *Rev. Eletr. Enf.* 2010; 12(4):761-765.
22. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
23. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3088. 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. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
24. Nasi C, Oliveira GC, Lacchini AJB, Schneider JF, Pinho LB. Tecnologias de cuidado em saúde mental para o atendimento ao usuário de crack. *Rev Gaúch Enferm.* 2015; 36(1):92-97.
25. Oliveira EB, Mendonça, JLS. Family member with chemical dependency and consequent burden suffered by the family: descriptive research. *Online Brazil Jour Nurs.* 2012; (11):1840-1841.
26. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS; 2001.
27. Ostman M, Kjellin, L. Stigma by association: Psychological factors in relatives of people with mental illness. *Brit Journ. Psych.* 2002; 181:494-498.
28. Pinho PH, Oliveira MA, Almeida MM. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? *Rev Psiq Clín.* 2008; 35(1):82-88.
29. Pedrosa SM, Reis ML, Gontijo DT, Teles SA, Medeiros M. A trajetória da dependência do crack: percepções de pessoas em tratamento. *Rev Bras Enferm.* 2016; 69(5):899-906.
30. Rotunda R, West L, O'Farrel T. Enabling behavior in a clinical sample of alcohol-dependent clients an their partner. *Journ Subst Abuse Treat.* 2005; 26(4):269-279.
31. Schenker, M. Valores familiares e uso abusivo de drogas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
32. Silva BLC, Araújo AP, Carvalho RN, Azevedo EB, Moraes MN, Queiroz D. Participação da família no tratamento dos usuários do centro de atenção psicossocial de álcool e outras drogas. *Rev. Bras. Pesq. Saúde.* 2012; 14(4):61-68.
33. Silveira EAA, Oliveira PP, Correio PM, Santos WJ, Rodrigues AB. O cuidado aos dependentes químicos: com a palavra profissionais de saúde de centros de atenção psicossocial em álcool e drogas. *Journal of research: fundamental care online.* 2016; 8(2):4347-4364.
34. Sobral CA, Pereira PC. A codependência dos familiares do dependente químico: revisão da literatura. *Rev Fafibe On-Line.* 2012; 5.
35. Teichman M, Basha U. Codependency and family cohesion and adaptability: changes during treatment in a therapeutic community. *Subst Use Misuse.* 1996; 31(5):599-615.
36. Trad S. Princípios e desafios para a integração da família nas políticas de drogas. In: Trad LAB [organizadora]. Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. p.179-198.
37. Trad LAB. A família e suas mutações: subsídios ao campo da saúde. In: Trad LAB [organizadora]. Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. p.27-50.
38. Varela DSS, Sales IMM, Silva FMD, Monteiro CFS. Rede de saúde no atendimento ao usuário de álcool, crack e outras drogas. *Esc. Anna Nery.* 2016; 20(2):296-302.
39. Young E. Co-Alcoholism as a disease: implications for psychotherapy. *Journ Psych Drugs.* 1987; 19(3):257-268.

A arte utilizada na atenção de adolescentes em situação de vulnerabilidade social e uso abusivo de drogas

The art used in attention of adolescents in vulnerable social situation and abusive drug consumption

Jéssica Magalhães Tor¹,

Resumo

O objetivo desse estudo consistiu em abordar qual a contribuição das práticas artísticas na atenção de adolescentes em situação de uso abusivo de drogas e vulnerabilidade social. O interesse pelo assunto se deu a partir do trabalho prático da autora em seus estágios realizados em uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), onde o atendimento e a atenção são destinados a crianças e adolescentes em situação de risco social, e em um Serviço de Acolhimento Institucional para crianças e Adolescentes (SAICA), onde são oferecidos serviços de acolhida e abrigamento dia e noite a crianças e adolescentes em situação de rua. Como método, foram consultados trabalhos publicados sobre o tema adolescência, arte e drogas. Conclui-se que a arte pode ser apresentada aos adolescentes como alternativa de obter prazer e expressar seus conflitos, para dar-lhes uma alternativa às drogas, desta forma contribui como elemento para a sua reabilitação psicossocial.

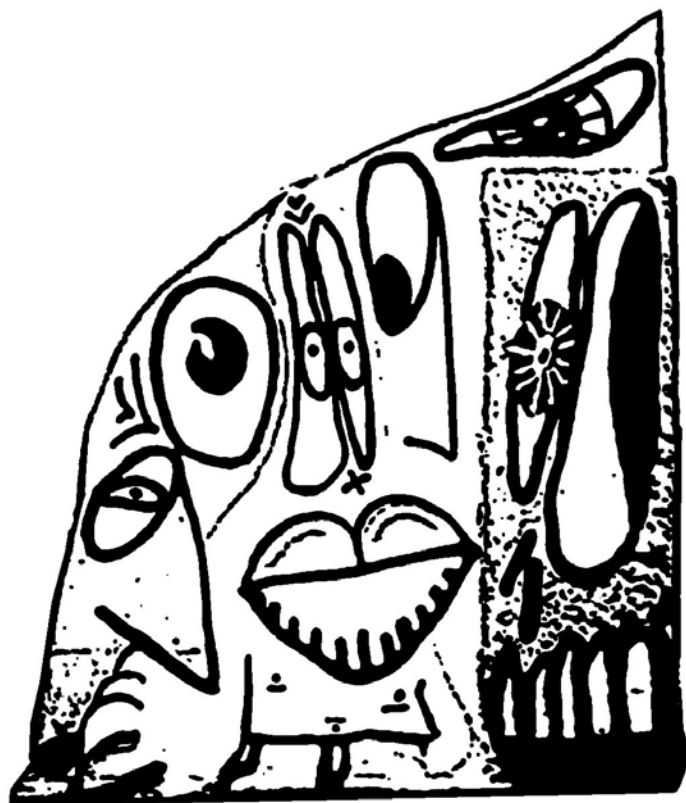
Palavras-chave: Adolescência; Arte; Drogas.

Abstract

The objective of this study was to discuss the benefits of arts in teenagers life, the ones on abusive drug consumption and vulnerable social situation. The author became involved in this subject during her trainee work at OSCIP (Civil Society Organization of Public Interest), institution focused on working with kids and teenagers in high social risk and at SAICA (Institutional Reception Service for Children and Adolescents), there are offered services of housing and food every day and night, to the homeless kids and teenagers. As a method, published works on the adolescence, art and drugs themes were consulted. The results indicate art can represent teenagers feelings and it's an alternative where they can find pleasure and show their emotions (conflicts) without the drugs effects, this way helping with their psychosocial rehabilitation.

Keywords: Adolescence; Art; Drugs.

¹ Jéssica Magalhães Tor (jessicator.m@gmail.com) é psicóloga pelo Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas e cursa Especialização em Intervenções em Pacientes com Transtornos Mentais Graves na Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-UNIFESP).



Introdução

O interesse pelo assunto do uso da arte como alternativa na atenção e adolescentes envolvidos com drogas se deu a partir da experiência da autora em seus estágios realizados em uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), conhecida pelo nome de “Projeto Quixote”, onde o atendimento e a atenção são destinados a crianças e adolescentes em situação de risco social, e em um Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (SAICA) que funciona na cidade São Paulo – SP, conhecido pelo nome de “Casas Taiguara”, onde são oferecidos serviços de acolhida e abrigamento dia e noite a crianças e adolescentes em situação de rua. A situação de vulnerabilidade social e a relação desta com o uso de drogas no processo de desenvolvimento do indivíduo é um fator importante a ser observado durante o processo da adolescência, tendo em vista a complexidade dessa fase

do desenvolvimento. A intenção desse trabalho é abordar a aproximação de práticas artísticas com esse público e pontuar seus benefícios, entendendo a arte como expressão de conteúdos internos (subjetivos) no meio externo (social).

Dessa forma, este artigo discute, a partir de um levantamento bibliográfico, as práticas artísticas na atenção de adolescentes em situação de vulnerabilidade social e uso abusivo de drogas. Partindo de uma leitura psicanalítica, caracteriza o período da adolescência em situação de vulnerabilidade social e o uso abusivo de drogas, bem como analisa o que a utilização da arte pode proporcionar de benefícios a adolescentes que fazem uso abusivo de drogas e estão vulneráveis aos riscos sociais.

A adolescência e seus conflitos

A adolescência é entendida como a fase que marca a transição da vida infantil para a vida adulta onde seu maior conflito está ligado à identidade

que está se constituindo. Nesse período, o adolescente é marcado por algumas perdas em relação a sua infância e por alguns ganhos em relação ao alcance de autonomia e independência em busca daquilo que chamamos de maturidade. É nesse processo que o indivíduo vai se diferenciando dos modelos que teve durante sua infância e se identificando em novos grupos, adquirindo novas ideias e o que faz com que o adolescente alcance um sentido de identidade pessoal¹².

Knobel¹¹ definiu o período da adolescência, salientando o luto da fase infantil:

“A etapa da vida durante a qual o indivíduo procura estabelecer sua identidade adulta, apoiando-se nas primeiras relações objeto-parentais internalizadas e verificando a realidade que o meio social lhe oferece, mediante o uso dos elementos biofísicos em desenvolvimento à sua disposição e que por sua vez tendem à estabilidade da personalidade num plano genital, o que só é possível quando consegue o luto pela identidade infantil”¹¹ (p.26).

Devido ao fato da adolescência ser compreendida como um período de diversas mudanças, dentre elas as identificações com novos grupos e novas experiências, o uso de drogas pode vir ao encontro desta fase. Segundo Silva¹⁷, a relação com as drogas pode ser compreendida de três formas: o uso, o abuso e a dependência. Nesse trabalho será abordado o uso abusivo e a possível dependência a essas substâncias a que esses adolescentes podem ficar sujeitos. Cabe lembrar que, assim como em qualquer etapa do desenvolvimento humano, o contexto no qual o sujeito está inserido será um dos norteadores para a constituição de sua personalidade.

Assim, Levisky¹², ressalta o aspecto social, definindo a adolescência como um processo dentro do desenvolvimento do indivíduo que pode ser compreendido como um período de crise e desequilíbrio no qual se pode presenciar uma revolução

biopsicossocial. As características psicológicas dessa etapa do desenvolvimento têm ligação com a cultura e a sociedade onde esse indivíduo está se desenvolvendo. O autor ressalta como importante fator de tensão entre os jovens, os aspectos biológicos dissociados dos níveis de maturação psicossocial, dessa forma, suas necessidades físicas nem sempre correspondem ao desejo barrado por forças da cultura e da sociedade, colocando-o em risco diante de seu desejo. Também nessa etapa do desenvolvimento, o jovem revive experiências das relações afetivas primárias infantis conscientes e inconscientes, onde as relações triangulares podem ser experimentadas novamente, tendo em vista a reformulação da vida afetiva.

As experiências vividas na adolescência tendem, assim, a ser mais intensas se comparadas com outros períodos da vida onde a busca de si mesmo, a tendência grupal, as crises religiosas e desafios a autoridades vão caracterizando o processo de adolescência. Esse período é essencial para a constituição de identidade do indivíduo. Para o adolescente, algumas situações são vividas de forma mais intensa e instável gerando o que é conhecido como “síndrome normal da adolescência”, termo utilizado por Knobel¹¹ que compreende alguns sintomas característicos dessa fase, que se manifestam conforme a elaboração dos lutos infantis vai acontecendo. A compreensão dessa transição pode contribuir para que esse período se torne menos complicado e seja mais aproveitado, pois as resoluções dessa busca de identificação são essenciais para a consolidação da personalidade do sujeito.

Durante esse processo do desenvolvimento humano, o indivíduo começa a separar aquilo que é representado psiquicamente como “bom” daquilo que é concebido como “mau”. O adolescente tende a apresentar comportamento impulsivo, agressivo, instável, arrogante, prepotente, turbulento, revolto e começa a desafiar as autoridades, já que na

adolescência é experimentada, a todo o momento, a ambivalência entre conquistar sua individualidade e continuar a depender de sua família de infância¹².

Dentro dessa crise de identidade e confusão onde o adolescente se situa no seu processo evolutivo, poderá o conflito ter um desfecho positivo em relação a suas identificações e, assim, aumentar as possibilidades do adolescente em alcançar a lealdade e a fidelidade nessa constante busca de si mesmo.

Adolescência e as drogas

Silva¹⁷ estabelece uma diferença entre o uso, o abuso e a dependência de drogas. Na história da humanidade, o uso de drogas foi passando por diferentes formas de consumo, manuseio e função, obtendo na atualidade inúmeros significados, entre eles a busca de prazer, o alívio imediato de algum sofrimento psíquico, fonte de renda, etc. Quanto ao abuso de drogas, a autora refere ser um comportamento evitável, porém não limitado apenas ao indivíduo, uma vez que para evitá-lo, se faz necessário repensar algumas políticas públicas voltadas para a juventude, principalmente no que se refere à saúde e à educação. Pensar em práticas criativas e interessantes na educação é uma forma de mostrar novas possibilidades ao jovem que não seja o uso de drogas.

Diante da metodologia tradicional e pouco flexível, observada na educação atualmente e da falta de políticas públicas que orientem o adolescente sobre os riscos e prejuízos a médio e longo prazo, o narcotráfico torna-se alternativa mais sedutora por oferecer uma proposta de vida mais rentável e com maior reconhecimento profissional. Vale ressaltar, aqui, que o uso abusivo de drogas está sendo definido como aquele traz prejuízos para a vida do sujeito.

A dependência de drogas é mais complexa e se caracteriza pelo vínculo que o indivíduo

estabelece com a substância, desequilibrado seus meios sociais, suas relações e sua saúde. Silva¹⁷ define dependência da seguinte forma:

“Dependência vem de uma palavra latina que significa dependere, ou seja, estar intrinsecamente ligado a algo ou alguém, no caso à droga. É um vínculo desequilibrado que o indivíduo estabelece com as diferentes substâncias psicoativas, um conjunto de sinais que caracterizam a síndrome da dependência. É um fenômeno complexo, que exige um olhar para o indivíduo em diferentes fases da sua vida, dentro de um contexto onde pode fazer o uso de uma ou várias substâncias lícitas, ilícitas ou ambas”¹⁷ (p.36).

O uso de drogas no contexto da adolescência pode ocorrer devido a ser um período de descobertas, de mudanças de emoções, de laços afetivos, ou por identificação com algum grupo, da necessidade de se destacar em busca de sua identidade, aspectos que estão mais intensos e predominantes, além de servir como amenizador para as angústias vividas nessa fase. De acordo com Osório¹⁵, o uso de drogas marca uma regressão diante de alguma emergência ou situação de angústia ou depressão, ao buscar a droga, o sujeito está buscando alívio ou proteção que sentira em algum momento da sua infância.

A droga pode ser entendida como um gerador de prazer e alívio do sofrimento de uma situação, que pode ser relacionada com situações de fragilidade do ego e como defesa diante da crise de identidade que acontece nesse período. Se comparado o período da adolescência com as primeiras vivências infantis, a partir da visão psicanalítica, é possível considerar a droga como um substituto do objeto-mãe, que acolhe e alivia o sofrimento, assim como acontecia no período de infância. Assim, se a adolescência é vista como um período onde se busca uma redefinição da identidade, a droga ajuda a amenizar a angústia frente à crise diante da frustração das perdas infantis⁹.

O uso abusivo de drogas não surge apenas pela substância usada continuamente, outros fatores como a predisposição e a condição sociocultural em que o indivíduo está inserido são fatores de grande colaboração para esse abuso. Também a falta de proteção do adolescente pelo grupo familiar pode ser um fator levado em consideração para esse uso abusivo, já que as experiências infantis colaboram para o desenvolvimento da identidade adolescente e, portanto, caso quando há falta do grupo familiar, tais relações acabam se dando externamente à família, ou seja, no grupo social. Além disso, no Brasil, o Estado também tem função de provedor das condições necessárias para o desenvolvimento do cidadão. Na falta de todas (ou algumas) dessas condições, o adolescente se encontra em situação de vulnerabilidade, não contando com redes de apoio que sirvam de suporte para seu desenvolvimento⁹.

A visão da psicanálise acerca do sujeito e do uso abusivo de drogas

De acordo com Gurfinkel¹⁰, a psicanálise, ao abordar o indivíduo utiliza a noção do sujeito, que uma realidade psíquica que, diferente da realidade material ou física, está ligada ao universo pulsional. A pulsão exerce, assim, importante função dentro dos eixos metapsicológicos de acordo com a teoria freudiana, principalmente nos eixos econômico e dinâmico, caminhando em direção ao tópico referente ao desenvolvimento da libido.

Desde 1905, quando criou este conceito, Freud⁶ relacionou a noção de pulsão diretamente à sexualidade, apresentando a dualidade característica das pulsões. Nessa teoria, a dualidade gira em torno da sexualidade e da autoconservação, dois polos que podem ser trabalhados conjuntamente, porém que não podem ser igualado, devido à sexualidade estar relacionada ao princípio do

prazer e a autoconservação estar relacionada ao princípio da realidade. Tal dualidade ganha mais sentido dentro do processo de desenvolvimento da libido, onde a pulsão sexual surge apoiada na pulsão de autoconservação, passando por diversas transformações, se separando desta última¹⁰.

A pulsão, assim, aparece como o limite daquilo que se diz ser da mente e daquilo que se diz ser do corpo, sendo composta por quatro elementos principais: a pressão, o alvo, o objeto e a fonte. A pressão seria a força constante que exige o trabalho psíquico. O alvo é definido como a satisfação ou a realização do princípio do prazer. O objeto pode ser entendido como o meio de chegar à obtenção da descarga da pulsão – e quando esse objeto não aparece em forma de pessoa, pode ser entendido como um desvio. A fonte seria a zona erógena corporal sobre a qual se apoia a sexualidade¹⁰.

No uso abusivo de drogas, a pressão se transforma em uma urgência irremediável e o alvo aparece ligado ao objeto “droga”, um objeto desviante, e a ação de drogar-se vêm ao encontro da busca da obtenção do prazer, no alívio em suportar os sacrifícios relacionados à sexualidade e à agressividade que constitui o humano. Freud⁶ chamou os meios de suportar tais sacrifícios de “medidas paliativas”, sendo uma delas o uso de substâncias tóxicas.

Freud⁷ destaca como é importante a pulsão ser inscrita a partir da representação onde é postulada a existência de três estruturas psicopatológicas: a neurose, a psicose e a perversão. A perversão passou a ser definida como defesa, a partir dos anos 1960, pela escola inglesa de psicanálise. Radó¹⁶ relacionou o uso abusivo de drogas com a fase oral, afirmando a dificuldade do desmame, caso em que manter a droga representa uma fonte de prazer e satisfação absoluta.

As variações de humor, segundo Birman³, também podem ser articuladas ao estado de depressão e mania. Nesses casos, o uso abusivo

de drogas constituiria a mania e poderia ser identificado como a busca desenfreada por satisfação, e a depressão é pontuada pela impossibilidade estabelecida a fim de não fazer uso de drogas. A partir dessa concepção, é possível inferir que, por conta dessa busca em satisfazer seus desejos, o uso abusivo de drogas provém de uma relação insatisfatória do indivíduo com a mãe enquanto bebê, onde a droga é a tentativa de preencher essa possível falta.

Ao falar da relação mãe-bebê, surge a questão relacionada à figura do pai. O “eu ideal” está relacionado ao narcisismo primário, definido na teoria freudiana, onde o investimento libidinal do bebê passa pelo “outro” e não há separação entre o “eu” e o “outro”. O ideal do eu sugere uma relação triangular, onde o sujeito é marcado pela inclusão da figura paterna na relação, concedendo ao sujeito a passagem de objeto do desejo da mãe para uma posição de “desejante”. Na estrutura perversa, existe a impossibilidade da ruptura entre o sujeito e o desejo da mãe, porém, na psicose, o sujeito ordena um eu ideal, tendo um outro onipotente em sua subjetividade; logo, o outro não permite ou não anuncia a entrada dessa figura paterna: se o pai existe não é reconhecido como pai ideal e nem simbólico³.

Como explicar a arte a partir da psicanálise?

Podemos explicar a arte a partir da psicanálise utilizando referências de Freud e Lacan.

Para Freud⁸, as manifestações artísticas estão relacionadas aos desejos infantis recalcados, desta forma a criação estaria ligada a fantasia presente no sonho, no delírio e no brincar infantil, envolvendo processos psíquicos parecidos com os processos da produção artística. Por isso, de acordo com a teoria freudiana, a arte é capaz de fazer o ser humano renunciar a sua satisfação pulsional em favor da civilização,

fortalecendo suas relações sociais. Para essa renúncia, este teórico deu o nome de “sublimação”, processo onde a criação artística por ser uma atividade mais aceita socialmente, é utilizada para canalizar a pulsão. Assim, a renúncia pulsional é expressa de outra forma, pelo processo da criação artística.

A concepção de sublimação na concepção lacaniana se diferencia da formulação freudiana, já que Freud priorizou o desvio quanto ao alvo da pulsão como principal fator da sublimação, enquanto Lacan diz que o objeto é o elemento mais importante a ser analisado no processo de sublimação. Pensando na arte como sublimação, o valor atribuído a ela revela um consenso social que depende do contexto histórico, por isso, as obras de arte mais antigas ou as escrituras mais antigas se mostram diferentes das atuais. Enquanto Freud diz que a sublimação pode ser uma forma de desvio de um alvo sexual para uma ideia socialmente aceita, desvio que causa prazer ao sujeito, na concepção lacaniana, a arte retrata algo desconhecido tanto para o artista quando para aquele que aprecia a sua arte, onde o sujeito se depara com algo desconhecido que lhe gera sensação estranha, sem explicação ou elemento simbólico significativo, ou seja, a arte produz o que denomina “angústia”. Quando essa sensação se faz presente (neste caso, na arte), é vivida como a própria falta que não falta mais, experiência que preserva o vazio do encontro entre o sujeito com esse objeto motivada pela falta, podendo causar estranhamento refletidos neste¹³.

Não é possível falar da sublimação como representação de algo, pois aquilo que está sublimado é irrepresentável, já que parte da ordem do inominável. Porém a arte é uma forma de expor essa angústia identificada a partir do estranhamento com algo que está além daquilo que é possível se expressar em palavras.

Método

Para a efetivação da revisão teórica sobre o manejo da prática artística aplicado a adolescentes em situação de vulnerabilidade e uso abusivo de drogas foram levantados trabalhos publicados e disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) que contempla os indexadores LiLacs, Scielo, Index Psi e Medline, bem como trabalhos publicados e disponíveis no Google Acadêmico.

Essa pesquisa foi realizada entre os meses de abril e maio de 2015. Para a escolha dos trabalhos levantados nesse estudo, alguns critérios foram estabelecidos: ter data de publicação a partir de 2008, estar traduzido em português; estar disponíveis na íntegra; apresentar, em seu conteúdo, a utilização de práticas artísticas utilizadas em trabalhos desenvolvidos com adolescentes em situação de vulnerabilidades social e uso abusivo de drogas. As palavras chaves utilizadas para a pesquisa foram: adolescência, drogas e arte. Devido ao reduzido número de trabalhos publicados relacionados à arte com adolescentes, foi pesquisada também a referência à arteterapia.

Resultados e discussão

No acesso a BVS, utilizando as palavras adolescência e arte. Foram encontrados 89 artigos entre os indexadores Lilacs, Medline e Index Psi. Nessa pesquisa, os resultados obtidos, em sua maioria, foram relacionados à saúde do adolescente, sem muita relação com a prática artística. No levantamento feito utilizando o Google Acadêmico, foram encontrados 137 trabalhos publicados, em sua maioria, artigos voltados à prática educacional no período da adolescência. Entre eles se inclui um artigo sobre a utilização do “piche” (pichação) no processo de identificação da adolescência.

Ao utilizar as palavras drogas e adolescência na BVS, entre os indexadores Lilacs, Index Psi, Medline e Scielo, foram encontrados 112 artigos

disponíveis, sendo que sua maioria relata como se dá o tratamento de adolescentes usuários de drogas. Utilizando essas mesmas palavras de busca, no Google Acadêmico, foram encontradas 33.700 resultados, a totalidade voltada para os tipos de tratamento ou as causas relacionadas à utilização das drogas no período de adolescência, sem nenhum que citasse o envolvimento de praticas artísticas.

Utilizando as palavras drogas e arte, foram encontrados na BVS, 22 resultados voltados para assuntos relacionados a medicamentos sem relação com o tema e, no Google Acadêmico, foram encontrados 53.900 itens. Devido à falta de materiais completos ou que contemplassem e aprofundassem os critérios de escolha, estes não foram utilizados.

Ao cruzar as palavras drogas, arte e adolescência nas pesquisas no Google Acadêmico, foi possível obter o resultado de 388 trabalhos publicados. Na BVS entre os indexadores Lilacs, Medline, Index Psi e Scielo não foram encontrados nenhum trabalho publicado e apenas foi utilizado um artigo que aborda a utilização da arte na atenção de adolescentes de um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) do município de Cascavel, no Paraná.

Tendo em vista a pequena quantidade de artigos encontrados com as referências arte, drogas e adolescência, a palavra arte foi substituída por arteterapia na busca, resultando em 534 trabalhos encontrados no Google Acadêmico. Destes foram escolhidos, como de interesse, dois trabalhos sobre a relação adolescência, drogas e arteterapia de forma mais específica. Na BVS entre os indexadores Lilacs, Medline, Index Psi e Scielo não foram encontrados nenhum artigo.

Para este artigo foram selecionados quatro artigos que contemplavam, quanto ao conteúdo, às palavras chaves adolescência, drogas e arte relacionadas, conforme o quadro ilustrativo do conteúdo dos mesmos (Quadro 1).

Quadro 1 – Bibliografia sobre adolescência, drogas e arte/arteterapia ilustrativa pesquisa bibliográfica.

Artigo	Público pesquisado e a relação com as drogas / Vulnerabilidade social	Prática artística utilizada	Resultados	Autor (ES)	Ano
Jovens pichadores: perfil psicossocial, identidade e motivação ⁴ .	32 adolescentes do sexo masculino com idades entre 13 - 23 anos. Jovens de baixo poder aquisitivo, escolaridade inferior ao esperado pela faixa etária, afastamento da escola causado ou por delinquência ou por limitações socioeconômicas.	Pichação	Verificou-se que a pichação relaciona-se com processos de identificação com algum grupo, bem como deixar sua marca na sociedade e adquirir visibilidade.	Ceara & Dalgalarrodo ⁴	2008
O uso terapêutico do Estêncil Grafite com adolescentes na Oficina de Artes do CAPSad Cascavel ¹⁴	Adolescentes em tratamento no CAPSad de Cascavel que fazem uso e abuso de álcool drogas.	Estêncil Grafite	A utilização dessa prática artística possibilitou a expressão dos adolescentes e uma melhor adesão ao tratamento, bem como a valorização pessoal e sua marca no CAPS.	Machado ¹⁴	2013
Arteterapia: Criatividade, arte e saúde mental com pacientes adictos ¹⁹ .	98 jovens de ambos os sexos internados em uma ala de dependência química de um hospital psiquiátrico em Goiânia/GO.	Intervenções de arteterapia por meio de pinturas, desenhos, moldes, histórias e confecção de mandalas.	A arteterapia facilitou a expressão da subjetividade e auxiliou na auto expressão bem como na elaboração de conteúdos interno sem a utilização da fala.	Valladares ¹⁹	2008
Arteterapia no cuidar e na reabilitação de drogadictos - álcool, crack e outras drogas: símbolos recorrentes ²⁰ .	Seis adultos-jovens com idades entre 18 - 45 anos de ambos os sexos internados na ala de dependência química em um hospital em Goiânia/GO.	Produção plástica desenho/ colagem projetiva de alguns símbolos como árvore, flor, coração, sol e pássaros.	Com base nesse estudo, foi possível concluir que a arte serviu como ferramenta para a compreensão das dificuldades e anseios dos dependentes relacionados à sua dependência.	Valladares ²⁰	2011

Dos artigos selecionados, o primeiro trata da atividade da pichação envolvendo adolescentes em situação de vulnerabilidade social. O segundo relata a experiência da prática artística do grafite utilizado através da técnica do estêncil em um CAPSad que atende crianças e adolescentes no município de Cascavel, Paraná; essa técnica é

uma prática legalizada e foi utilizada como forma de atrair a população adolescente e jovem para a oficina de artes, tendo em vista que esse público já deixavam suas marcas nas paredes do CAPS. O terceiro artigo se refere a uma pesquisa que relata a experiência de sessões de arteterapia aplicadas a adolescentes e jovens dependentes

químicos internados em um hospital psiquiátrico em Goiânia, onde foram feitas 32 intervenções breves de arteterapia, incluindo pinturas, desenhos, moldes, histórias e confecção de mandalas, permitindo uma análise a partir da Psicologia Analítica, da expressão da subjetividade de cada participante. O quarto artigo trata da análise da produção plástica de alguns símbolos (árvore, flor, coração, sol e pássaros), realizada com adolescentes e jovens internados na ala de dependência química de um hospital em Goiânia.

Segundo Valadares-Torres¹⁶, a arteterapia pode ser utilizada como ferramenta no processo do cuidar em saúde, sendo entendida como um processo terapêutico que utiliza a arte como espaço de criatividade, experimentação.

No primeiro artigo, a partir da pesquisa desenvolvida com jovens pichadores e grafiteiros, Ceara e Dalgalarrodo⁴ identificaram como característica comum entre este público o fato de morarem em periferias e viverem em uma discrepante situação socioeconômica, apresentando escolaridade abaixo da esperada para a faixa etária. Compreendendo a pichação como uma prática transgressora que produz escritos e marcas em paredes e locais públicos, é possível entender que o sentido psicossocial dessa atividade está relacionado aos processos identitários de seus autores (geralmente grupos de adolescentes organizados), com matices relacionados à transgressão, tanto em sua origem como nos seus desenvolvimentos¹⁸.

Foi possível notar, nesse estudo, que a pichação ocorria em prédios públicos e de grande visibilidade, tornando esses jovens e suas ações visíveis; além disso, permitiam a identificação desses com os grupos que se encontram e se formavam a partir do fazer artístico, comportamento esse entendido como transgressor, porém que gera identificação e pertencimento desses adolescentes com os grupos que participam. Nesse caso, o piche pode ser relacionado

com o processo de identificação, bem como deixar sua marca na sociedade pela visibilidade⁴. De acordo com o Ceara e Dalgalarrodo⁴, os relatos dos pichadores sobre o piche revelam a necessidade da expressão da subjetividade de forma a demonstrar, através da prática transgressora, a exposição a riscos e as reações emocionais da visibilidade social.

A arte contida no piche pode ser entendida como uma forma de externalizar conflitos interiores e solicitar atenção para suas criações enquanto parte do processo de identificação que, muitas vezes, pode ser vista nos comportamentos transgressores. O adolescente está se incluindo em grupos para a construção de sua identidade, logo, o trabalho em grupo e encontros realizados para este fim podem ajudar no processo da busca de si mesmo.

No segundo artigo, que descreve a experiência da utilização do grafite pelo CAPSad que atende adolescentes, em Cascavel, Machado¹⁴ relata que a escolha do estêncil grafite como forma de atrair os jovens para a participação da oficina de artes surgiu a partir da observação dos piches e marcas nas paredes do próprio CAPS, prática que foi entendida como uma necessidade de deixar a marca desses jovens na sociedade e buscar visibilidade. A partir dessa percepção, o trabalho de estêncil grafite foi desenvolvido, buscando criar um novo padrão sobre o piche e “legalizar” a prática antes vista como transgressora quando não legalizada. O desenvolvimento desse trabalho teve como objetivo mostrar novos caminhos a adolescentes em tratamento nesse CAPS, utilizando o grafite como atividade expressiva relacionada ao tratamento de adolescentes dependentes químicos, possibilitando a valorização de suas potencialidades, autoestima e capacidade criativa e motivando atividades sem a necessidade do uso de drogas¹⁴.

Nesses dois primeiros artigos, o piche/grafite é visto como prática transgressora de busca

de visibilidade e de identificação em meio a um grupo, quando “legalizada”, ou seja, trazida para a atividade proposta e institucional, passa a ser uma forma de expressão da sua subjetividade e agressividade através da arte, servindo ao tratamento. Confirmando a posição de Barbieri², que acredita que “a arte é capaz de produzir novas representações, reorganizando o discurso, promovendo uma nova dinâmica na economia psíquica e uma subjetividade calcada no desejo” (p.44).

O terceiro artigo se refere a uma análise com base na psicologia analítica, das sessões de arteterapia aplicada aos adolescentes jovens de um hospital psiquiátrico, visando facilitar a expressão da subjetividade dos participantes, bem como aliviar tensões, medos, expectativas, e externalizar conteúdos internos para sua elaboração, favorecendo o trabalho em grupo. Durante essas sessões de arteterapia foram confeccionadas mandalas, que procuravam auxiliar na organização ou reorganização psíquica, paralelamente ao desenvolvimento de técnicas de desenhos e pinturas do próprio rosto dos participantes, como forma de resgatar sua identidade, além de utilizar técnicas de desenho e pintura para verificar a relação desses dependentes químicos com o próprio hospital. As estratégias envolveram também a criação de máscaras, e, posteriormente, a confecção de mãos e pés em atadura engessada e séries de histórias, onde os participantes puderam ler sobre outros, mas também contar sua própria história¹⁹.

Nesse contexto, a arteterapia é utilizada, e pode ser vista como um processo terapêutico, utilizando as artes plásticas, acolhendo o ser humano como um todo, auxiliando-o a encontrar novos sentidos para sua vida¹². É uma prática que facilita a expressão dos conteúdos internos, para serem elaborados e organizados através das sessões, facilitando a expressão da subjetividade dos envolvidos, o seu desenvolvimento interno.

Segundo Valladares e colegas¹⁹, a arteterapia aplicada a jovens permitiu, na experiência com esses dependentes de drogas, a valorização do potencial de cada um, colaborando para a melhoria de sua saúde e qualidade de vida.

No quarto trabalho analisado se faz uso da arteterapia com adultos e jovens internados em um hospital em Goiânia, em Goiás, que teve como objetivo analisar, através da Psicologia Analítica, os símbolos trazidos durante as sessões e apresentado para esses participantes. Os autores concluem que o uso da arteterapia permitiu a expressão dos conflitos e sentimentos de cada indivíduo no meio externo, bem como facilitou a compreensão das reais dificuldades e anseios relacionados à própria dependência às drogas vividas por cada um desses jovens²⁰. Nesse sentido, acredita-se que a arteterapia, bem como a arte e a criatividade, tiveram um papel autorregulador do *self* (eu)²⁰.

Produção de arte como processo de tratamento

Os resultados dos trabalhos analisados vêm ao encontro da compreensão de Azevedo¹, que entende a arte como linguagem universal capaz de produzir subjetividades e catalisar afetos, facilitando a troca de experiências em grupo. O valor da arte estaria, assim, ligado ao seu potencial de reabilitação, na medida em que oferece a possibilidade do sujeito explorar suas potencialidades na busca da conquista de espaços sociais. O sujeito é capaz de projetar no meio externo seus conflitos interiores, valorizando seu potencial criativo, imaginativo e expressivo. A arte, assim, serviria como um instrumento para a inserção do indivíduo nos grupos bem como a ressocialização, seguindo a lógica da configuração psicossocial, respeitando a subjetividade e a capacidade individual e possibilitando novos caminhos e novas alternativas para o enfrentamento de situações de frustração.

Utilizando a psicanálise, é possível refletir com relação às intervenções realizadas com a população adolescente em situação de uso abusivo de drogas e vulnerabilidade social e a arte. Partindo dos estudos freudianos, pode-se inferir que as propostas de intervenções junto a essa população propiciam uma mediação do sujeito com a cultura, mediação esta que se relaciona à renúncia da satisfação pulsional, fortalecendo as relações sociais. A pichação, por exemplo, pode ser entendida como a forma do sujeito marcar seu registro naquilo que é socialmente aceito, apesar de seu aspecto transgressor, e também adquirir pertencimento ao grupo e visibilidade social.

Nos estudos lacanianos, pode-se destacar a importante contribuição que o autor traz para se pensar a arte como meio que retrata algo desconhecido, tanto para o artista quanto para aquele que aprecia a arte. Sendo assim, o sujeito ao se deparar com o inominável que não pode simbolizar tem uma vivência angustiante, presentificada pela própria falta de explicação e compreensão, marcando o rompimento do gozo fálico, como o obtido pelo uso das drogas.

As teorias abordadas nesse trabalho, portanto, contribuem para entender as oficinas desenvolvidas com adolescentes em situação de vulnerabilidade social e uso abusivo de drogas que utilizam arte e arteterapia, como propiciadoras processos de subjetivação e pertencimento social.

Considerações finais

A partir do estudo realizado, pode-se concluir que a complexidade do período da adolescência gera alguns conflitos com relação ao processo de identidade. Tendo a compreensão de que o uso abusivo de drogas pode ser entendido como um gerador de prazer frente à frustração ou situação de fragilidade ou uma forma de não entrar em contato com a falta, a aproximação do

adolescente com as drogas pode vir acontecer como forma de enfrentar essa situação conflituosa de perdas e mudanças que acontecem nesse período do desenvolvimento. O contexto social, onde o adolescente está se desenvolvendo pode ter grande influência nesse processo de identificação, sendo visto também como um agente frustrador e colaborador para a aproximação do adolescente vulnerável a riscos sociais como o uso abusivo de drogas.

Com base na pesquisa realizada, é possível identificar que há poucas publicações que abordem a prática artística como uma ferramenta na reabilitação de adolescentes. Porém, verifica-se que, entre as produções existentes, há relatos de uso da arte e da arteterapia com adolescentes e jovens como técnica que pode auxiliar na reabilitação desses adolescentes que se encontram em situação abusiva de drogas e/ou vulnerabilidade social.

A prática artística utilizada com adolescentes mostra-se eficaz na reabilitação desses jovens como uma alternativa diferente das drogas, favorecendo a expressão dos conflitos internos vivenciados, que podem ser expressos através de outra prática social, facilitando a adesão aos tratamentos propostos, além de revelar-se como uma possibilidade para a ressocialização desses adolescentes.

Partindo da teoria psicanalítica pode-se inferir que a arte vem como uma mediação entre a renúncia da satisfação pulsional e o fortalecimento de relações sociais, onde o sujeito sublima sua satisfação pulsional utilizando práticas sociais mais aceitas. Desta forma, a arte se apresenta como aquilo que, ao ser impossível de ser falado ou imaginado, coloca o sujeito frente aquilo que falta, falta que gera angústia. A arte utilizada como ferramenta para a reabilitação psicossocial promove um espaço para o sujeito explorar seu potencial criativo nessa constante busca de si mesmo.

Referencias

1. Azevedo DM, miranda FAN. Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. *Esc. Anna nery*. 2011; 15(2):339-345.
2. Barbieri CP. Lygia Clark, da vida à arte e de volta à vida. *Estudos de Psicanálise*. 2008; 31: 36-42. [acesso em: 07 abr 2017]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0100-34372008000100005&script=sci_arttext.
3. Birman J. Feitiço e feiticeiro no pacto com o diabo: a psicanálise e a questão das toxicomanias. In: Birman J. *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2001. p.197-216.
4. Ceara AT, Dalgalarondo P. Jovens pichadores: perfil psicossocial, identidade e motivação. *Psicol. USP*. 2008; 19(3):277-293.
5. Domingues MA, Paravidini JL. Psicanálise e arte: repetir, criar e subjetivar. In: Amarante PD, Campos FN. *Saúde mental e arte: práticas, saberes e debates*. São Paulo: Zagodoni Editora Ltda; 2012.
6. Freud S. Três ensaios para uma teoria sexual. In: *Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud, op. Cit., vol. 7*. Rio de Janeiro: Ed. Standard Brasileira/Imago; 1966.
7. Freud S. Esquisse d'une psychologie scientifique. In: *La Naissance de La psychanalyse*. Paris: Presses Universitaires de France; 1973. p.336-376.
8. Freud S. O interesse científico da psicanálise. In: *Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. 11*. Rio de Janeiro: Ed. Standard Brasileira/Imago; 1980.
9. Gorgulho M. Adolescência e toxicomania. In: Filho DXS; Gorgulho M. *Dependência: compreensão e assistência às toxicomanias: uma experiência do PROAD*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1996. p.149-169.
10. Gurfinkel D. A pulsão e sua perversão. In: Gurfinkel D. *A pulsão e seu objeto - droga: estudo psicanalítico sobre a toxicomania*. Petrópolis: Vozes; 1996. cap.3, p.97-122.
11. Knobel MA. Síndrome da adolescência normal. In: Abe-rastury A, Knobel M. *Adolescência normal: um enfoque psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1992. Cap. 2, p.24-62.
12. Levisky DL. *Adolescência: reflexões psicanalíticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1998.
13. Lucero A, Vorcaro Â. Do vazio ao objeto: das ding e a sublimação em Jacques Lacan. *Ágora: estudos em teoria psicanalítica*. 2013; 16(espec):25-39.
14. Machado AC. O uso terapêutico do estêncil grafite com adolescentes na oficina de artes do CAPSad Cascavel. 2013; 7:41-57.
15. Osório L.C. *Adolescência hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1982. p.45.
16. Radó S. The Psychic Effects of Intoxicants: an attempt to evolve a psychoanalytical theory of morbid cravings. [online]. *J. Psychoanal*. 1926; 7, 296-413. [acesso em: 07 abr 2017]. Disponível em: <https://search.proquest.com/openview/d25da8ddc1aa973d39e1379c430faeff/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1820903>.
17. Silva EA. Intervenções clínicas: o uso, abuso e dependência de drogas. In: Conselho Regional de Psicologia da 6ª região. *Álcool e outras drogas*: São Paulo: CRPSP; 2012. p.35-40.
18. Silveira NE. Superfícies alteradas: uma categoria dos grafites da cidade de São Paulo. *Dissertação de Mestrado*. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas; 1991.
19. Valladares-Torres ACA, Lima APF, Lima CRO, Santos BP-BR, Carvalho IB, Tobias GC. *Arteterapia: criatividade, arte e saúde mental com pacientes adictos*. Jornada Goiana de Arteterapia, 2. Goiânia: FEN/UFG/ABCA; 2008. p.69-85. Cap.9.
20. Valladares-Torres ACA. *Arteterapia no cuidar e na reabilitação de drogadictos – álcool, crack e outras drogas: símbolos recorrentes*. *Rev. Cient. Arteterapia Cores da Vida*. 2011; 13(13):23-47.

Projeto “Um Brinde à Saúde!” - promoção, discussão e criação publicitárias de peças de incentivo ao consumo consciente do álcool^I

Project Toast to Health! - promotion, discussion and publicity creation of pieces of incentive to the conscious consumption of alcohol

Regina Figueiredo^I, Marta McBritton^{II}, Elisa Codonho Premazzi^{III},
Claudia Reggiane^{IV}, Adriana Navarro Nabeiro^V, Regiane Garcia^{VI}

Resumo

O artigo aborda a experiência desenvolvida no projeto “Um Brinde à Saúde”, de promoção da redução de danos no consumo de bebidas alcólicas, visando também reduzir seu impacto sobre o uso de preservativos e sobre a associação de sexo não protegido e de exposição a doenças sexualmente transmissíveis e HIV/aids e à gravidez. Foram realizados debates temáticos sobre vulnerabilidade e álcool, envolvendo as principais instituições que discutem o tema e criado um concurso de confecção de peças para bares e espaços de lazer frequentado por jovens (porta-copos, porta-garrafas, jogos de mesa, cartazes, etc) para difusão em grandes universidades de São Paulo, visando a participação de estudantes de Artes, Comunicação, Propaganda e Marketing e áreas afins nesses eventos e na discussão e confecção de mensagens educativas visando o consumo consciente de bebidas. Os resultados apontaram intensa presença de jovens nos eventos e participação no concurso, criando peças publicitárias educativas que falam na linguagem jovem para seus próprios pares com uma estratégia de redução de danos.

Palavras-chave: Juventude; Saúde; Álcool; Redução de Danos; Propaganda.

Abstract

The article discusses the experience developed in the project “A Toast to Health”, to promote the reduction of damages in the consumption of alcoholic drinks, also aiming to reduce their impact on the use of condoms and on the association of unprotected sex and exposure to sexually transmitted diseases Communicable diseases and HIV / AIDS and pregnancy. Thematic debates on vulnerability and alcohol were carried out, involving the main institutions that discuss the theme and created a contest to make pieces for bars and leisure spaces frequented by young people (cup holders, bottle holders, table games, posters, etc.). For diffusion in large universities in São Paulo, aiming at the participation of students of Arts, Communication, Advertising and Marketing and related areas in these events and in the discussion and preparation of educational messages aimed at the conscious consumption of beverages. The results showed intense presence of young people in the events and participation in the contest, creating educational advertising pieces that speak in the young language to their own peers with a harm reduction strategy.

Keywords: Youth; Cheers; Alcohol; Harm Reduction; Advertising.

^I O projeto foi executado com apoio da Bristol Myrssi Squibb e United Medical e contou com a participação de representantes de diversas instituições públicas, privadas e de representação da sociedade civil descritas no artigo.

^{II} Regina Figueiredo (reginafigueiredo@uol.com.br) é socióloga, Mestre em Antropologia e Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e colaboradora do Instituto Cultural Barong.

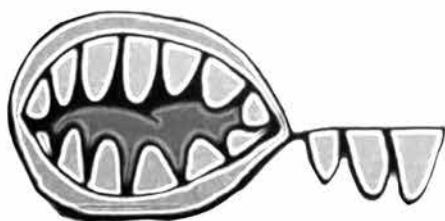
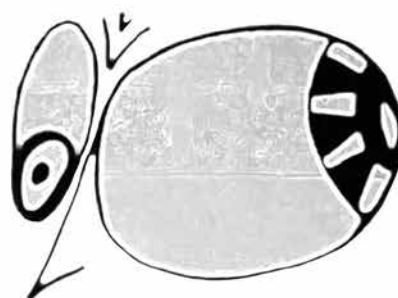
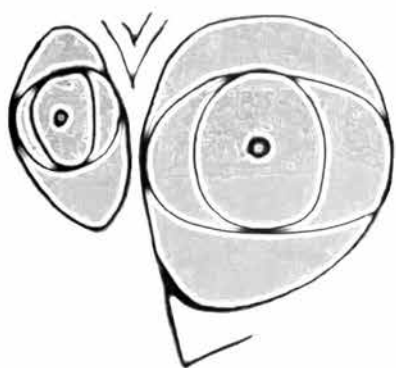
^{III} Marta McBritton (martamcbrifton@gmail.com) tem Curso Superior de Formação Específica em Gestão de Projetos Sociais pela Universidade Nove de Julho (UNINOVE) e Coordenadora de Projetos e Presidente do Instituto Cultural Barong.

^{IV} Elisa Codonho Premazzi (elisacodonho@gmail.com) é graduanda em Ciências Sociais pela Universidade Federal de São Paulo e ex-estagiária do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo na parceria com a Fundação de Desenvolvimento Administrativo do Estado de São Paulo.

^V Claudia Reggiani (claudiareggiani@gmail.com) é Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, musicista e terapeuta e ex-membro e coordenadora de projetos do Instituto Cultural Barong.

^{VI} Adriana Navarro Nabeiro (adrinabeiro@gmail.com) é Psicóloga com Especialização em Psicologia Hospitalar pelo Sedes Sapientiae e membro técnico de projetos do Instituto Cultural Barong.

^{VII} Regiane Garcia (regiane-garcia@uol.com.br) é psicóloga, historiadora e terapeuta sexual pela Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRASH) e membro do grupo técnico do Instituto Cultural Barong.



Introdução

O álcool é uma droga legalizada no Brasil. Suas restrições dizem respeito apenas ao consumo entre menores de 18 anos, público do qual é proibida a venda conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente³; porém, sua propaganda em meios de comunicação de massa e no patrocínio de eventos recreativos (como shows e esportes) não foi vetada, como ocorreu com os derivados de tabaco desde 1996, com lei nº 9.294¹, posteriormente acrescida, em 2000, pela Lei nº 10.167². Essas restrições se apoiam na necessidade de não associar o produto à juventude, buscando não incentivar o seu consumo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) indica que o Brasil é um dos países que mais consome álcool no mundo. Pesquisas apontam que seu consumo é amplo entre a população em geral, chegando a, cerca de, 52% da população brasileira, de acordo com o II Levantamento Domiciliar

sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, promovido pela Secretaria Nacional Antidrogas (SE-NAD)²²; realizado nas 108 cidades brasileiras que possuem mais de 200 mil habitantes, das pessoas com idades a partir dos 12 anos, 12,3% chegam a ser dependentes de bebidas alcoólicas.

As bebidas alcoólicas são também as substâncias psicotrópicas mais utilizadas por adolescentes^{6,13}, de forma crescente⁵, público que associa seu uso a situações de lazer, festas e a ritos de passagem à vida adulta⁹. A cerveja ou *chopp* é a bebida mais consumida, o número de doses consumidas anualmente representando 61% da ingestão alcoólica, seguido pelo vinho, com 25%²².

Dos adolescentes, 35% dos adolescentes consomem bebidas alcoólicas, sendo que 13% com alto consumo²², o que atinge o público escolar, fato observado apontado por estudos feitos com educadores¹¹ e que atinge cerca de 50% dos alunos do Ensino Médio público do município de São Paulo¹².

As situações de consumo de álcool, quando abusivas, chegam a provocar 90% das internações psiquiátricas por drogas no Brasil¹⁸ e 50% das vitimações por de morte violenta (homicídios, suicídios, acidentes de trânsito) em grandes localidades, como ocorre na Região Metropolitana de São Paulo⁵.

Excetuando os males do álcool, em si, autores têm apontado a sua associação com a prática do sexo sem proteção^{9,22}, uma vez que o consumo ocorre também em locais de encontros afetivos e sexuais, incluindo festas, bares ou baladas, o que promove “relaxamento” da atenção à prevenção, facilitando o não uso de preservativos. Assim, os jovens beberam mais quando estão nos bares ou em “baladas”⁹.

Em pesquisa realizada pelo Instituto Cultural Barong com 843 jovens de 13 a 29 anos, durante o Carnaval do Guarujá, litoral do estado de São Paulo, em 2006, entre os que haviam bebido na noite anterior à entrevista o uso de preservativo foi de 37%, comparado com 63,% entre os que não beberam, 42,3% a menos, entre os 99,3% que havia ingerido álcool em toda a amostra⁹.

Isso aponta que eventos e locais de lazer e frequência do público jovem, que está iniciando o consumo de bebidas alcoólica, necessitam ações de promoção à redução de danos, de forma a minimizar os usos abusivos ao álcool, a exposição sexual de risco pelo não uso de preservativos, inclusive associada a esse consumo, além de orientações de conduta para situações de abuso.

A proposta do projeto-concurso “Um Brinde à Saúde – álcool e consumo consciente”

Seguindo as diretrizes de redução de danos para o uso de álcool recomendados na política nacional proposta pelo do Ministério da Saúde¹⁷, o Instituto Cultural Barong¹⁵ em parceria com a Rede Brasileira de Promoção de Informações e

Disponibilização da Contracepção de Emergência (REDE CE)²¹, realizou, em 2007, o projeto “Um Brinde à Saúde”.

De forma oposta às campanhas de abstinência mais comuns na área de drogas⁵, esse projeto procurou promover a prevenção do uso abusivo de bebidas alcoólicas entre o público jovem de universidades particulares da cidade de São Paulo, através da estratégia de redução de danos, ou seja, da conscientização dos males do uso abusivo⁸, acreditando na possibilidade do desenvolvimento do potencial de autocuidado desses jovens e de modelos de uso que incluam o exercício da moderação – como um comportamento necessário de ser aprendido por todos, desenvolvido e exercido a vida toda tal como fazemos com relação a outros consumos de alimento ou itens pessoais.

O projeto também enfocou e incentivou a promoção específica da prevenção do uso de álcool e sua relação com a vulnerabilidade sexual, procurando a promoção da redução de danos sexuais associadas ao consumo de álcool, aproveitando a experiência das instituições promotoras do projeto, tanto na prevenção de gravidez não planejada, como nas estratégias de prevenção de DST/aids e promoção de uso de preservativos e a discussão dessas vulnerabilidades

Além disso, considerando a importância de se propor estratégias comunicativas que interagissem com a linguagem e os padrões de comportamento dos jovens, o projeto incentivou a criação de peças publicitárias de promoção à redução de danos frente ao uso do álcool pelos próprios jovens – fato que priorizou a inclusão de faculdades com cursos de Comunicação Social, Marketing, Publicidade e Design Gráfico, Rádio e TV e áreas afins, no projeto.

Assim, como etapa pré-projeto, foram estabelecidos contatos com diversas universidades da cidade. Em seguida foram divulgadas e

realizadas as 5 etapas de desenvolvimento que compunham o projeto:

Etapa I – A confecção de debates sobre álcool e suas vulnerabilidades associadas:

A confecção de 6 debates sobre o tema álcool e seus subtemas relacionados e de vulnerabilidade: (1) álcool e saúde; (2) álcool na mídia (3) álcool e Saúde Sexual e Reprodutiva; (4) álcool e violência; (5) álcool e imagem da mulher; (6) álcool, cultura de massa e meio artístico.

Essa etapa buscou integrar os principais atores sociais envolvidos nos temas, como agentes públicos da área de segurança, saúde, entidades que atuam com o tema, pesquisadores e até representantes de indústrias de bebidas alcoólicas e da mídia. Foram agendados debates dentro das próprias universidades que aderiram ao projeto, permitindo a participação e interação dos universitários com as discussões atuais acerca do álcool e suas problemáticas.

Etapa II – A criação do concurso “Um Brinde à Saúde”:

A criação do concurso “Um Brinde à Saúde”, que promoveu a produção, pelos próprios estudantes, de peças publicitárias de incentivo ao uso moderado e responsável do álcool. Essa etapa, ao mesmo tempo, visou incentivar ações socialmente responsáveis entre os futuros profissionais da área de comunicação de massa em geral, uma vez que universitários das áreas de marketing, propaganda e publicidade, rádio e TV foram integrados ao projeto. Para o concurso, foi, assim, estabelecida a aceitação de trabalhos individuais ou em grupo para as seguintes categorias de criação de peças publicitárias: a) porta-copos, b) jogo-americano, c) d) porta-garrafas, d) cartaz, e f) formato livre.

O prêmio deveria ser divulgado e haveria um comitê de avaliação das peças publicitárias inscritas, com convidados de várias instituições, como

o Escritório das Nações Unidas Contra Drogas e Crimes (UNODC), a Organização Mundial de Saúde (OMS), membros da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo e da Câmara Municipal de Vereadores do Município de São Paulo, da Coordenação Municipal de Saúde Mental de São Paulo, da União Nacional dos Estudantes (UNE), da ONG É de Lei, do Conselho Nacional de Auto Regulamentação Publicitária (CONAR), da Associação Brasileira de Bares e Restaurantes (ABRASEL) e do Sindicato dos Produtores de Cerveja (SINDCERV), Agência de Notícias da Aids, além de profissionais especializados em sexualidade e juventude.

Etapa III – A disseminação do projeto:

A disseminação do projeto foi definida para ser realizada em debates e ações em pelo menos 12 universidades contatadas localizadas na Grande São Paulo, com instalação da unidade móvel (kombi) do Barong, montagem de barracas e panfletagens durante 1 dia em cada uma dessas instituições, oferecendo aos estudantes, além de materiais sobre o concurso e os debates, também orientações e materiais sobre saúde reprodutiva, sexualidade e uso de drogas lícitas e ilícitas.

Etapa IV – Site do prêmio “Um Brinde à Saúde”:

Para dar apoio à divulgação do projeto e amparar a pesquisa temática dos estudantes, ficou definida a criação de um site específico, que conteria textos de apoio sobre as temáticas debatidas nos debates, além de informações sobre o projeto, os locais e datas dos debates e sobre o concurso de peças publicitárias.

Etapa VI – Evento final de premiação do concurso:

O concurso teve inscrições abertas para entrega de peças. Um evento de divulgação de vencedores e entrega de prêmios foi proposto e amplamente divulgado nas universidades participantes do projeto, no site e nos e-mails dos candidatos inscritos.

Resultados

Entre agosto de 2007 e maio de 2008, o projeto se desenvolveu com a parceria de 15 universidades localizadas na Grande São Paulo; sendo que 5 integraram também a realização de debates: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Universidade Presbiteriana Mackenzie, Universidade Municipal de São Caetano do Sul (IMES/USCS), Universidade Bandeirantes (UNIBAN), Universidade metodista, Faculdade de Educação e Cultura Montessori (FAMEC); e outras 10 apenas a autorização e com seção de seus espaços para realização de ações de campo com a unidade móvel do projeto: Universidade de São Paulo (USP), Escola Superior de Propaganda e Marketing (ESPM), Fundação Armando Álvares Penteado (FAAP), Faculdade Cásper Líbero, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Universidade Paulista (UNIP), Centro Universitário Nove de Julho (UNINOVE), Universidade de Guarulhos (UnG), Universidade Metodista de São Paulo e faculdades do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC). Além disso, foi realizada ação de campo também na Escola Panamericana de Artes, que tem *know-how* técnico profissionalizante na área de comunicação.

Etapa I - Debates

Foram realizados os 6 debates programados que tiveram participação de diversas instituições, incluindo o Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde, do Programa Estadual de DST e Aids de São Paulo, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, da Agência de Notícias da Aids, da Bristol-Myers Squibb - Divisão Virologia, da United Medical, da Semina Indústria e da UNE – União Nacional dos Estudantes:

– debate 1: “Álcool e Saúde”, realizado no dia 31 de agosto de 2007, no auditório do Museu de Arte Moderna de São Paulo (MASP), com presença de representantes o Ministério da Saúde,

dos Programas Estadual e Municipal de DST/Aids de São Paulo, do Sindicato Nacional da Indústria da Cerveja (SINDICERV), da Faculdade de Medicina do ABC, do Conselho Nacional de Propaganda e do Instituto Cultural Barong e da REDE CE.

– debate 2: “Álcool e Mídia”, realizado no dia 14 de setembro de 2007, na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) com presença de jornalistas e representantes do Conselho Nacional de Auto Regulamentação Publicitária (CONAR), da União Nacional dos Estudantes (UNE) e da Coordenação do Curso de Publicidade da PUC-SP.

– debate 3: “Álcool e Saúde Sexual e Reprodutiva”, realizado no dia 29 de setembro de 2007, no auditório da IMES, com terapeutas sexuais, representantes da Associação Brasileira de Bares e Restaurantes (ABRASEL), da Coordenação dos Cursos de Comunicação Social da IMES, da União Nacional dos Estudantes (UNE), além de representantes do Instituto Cultural Barong e da REDE CE.



– debate 4: “Álcool e Violência”, realizado no dia 19 de outubro de 2007, no auditório da Faculdade de Educação e Cultura Montessori (FAMEC), com representantes do Instituto Médico Legal de São Paulo, do Centro de Defesa das Vítimas de Trânsito (CDVT), da Coordenação da Área Técnica de Atenção ao Dependente de Substâncias Psicoativas da

Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e da União Nacional dos Estudantes (UNE), além do Instituto Cultural Barong e da REDE CE.

– debate 5: “Álcool e a Imagem da Mulher”, realizado no dia 9 de novembro de 2007, no auditório da Universidade Bandeirantes (UNIBAN), com representantes do Instituto Patrícia Galvão, do Programa de Assistência à Mulher Dependente Química (PROMUD) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas e do Sindicato dos Produtores de Cerveja (SINDICERV) e do Instituto Cultural Barong e da REDE CE.

– debate 6 – “Álcool, Cultura de Massa e Meio Artístico”, realizado no dia 13 de novembro de 2007, no auditório da Universidade Mackenzie, com representantes do COMUDA – Conselho Municipal de Políticas Públicas de Drogas e Álcool de São Paulo (COMUDA), do Fórum de Ongs Aids do Estado de São Paulo

Etapa II – “Prêmio Álcool e Consumo Consciente – Concurso de Criação de Propagandas Socialmente Responsáveis”



O concurso recebeu inscrição de mais de 150 estudantes, totalizando 60 propostas de peças de comunicação, apresentadas individualmente ou em grupo: 11 para porta-copos, 9 para porta garrafas, 11 para jogos de mesa, 13 para cartazes e 16 na categoria de formato livre (sendo 6 de spots de rádio, 1 de adesivo de mesa, 1 de abadás, 1 protetor de lata, 5 adesivos, 1 de modelos de cadeira e 1 calendário).

Essas peças, em sua maioria, compreenderam o mote do projeto de adotar discursos de redução de danos, criando mensagens

comunicativas, bem humoradas e que procuravam “lembrar” ou “alertar” os consumidores sobre cuidados. Apenas algumas utilizaram discursos que adotavam mensagens de amedrontamento.

As propostas foram analisadas e julgadas por profissionais e entidades convidados das áreas de propaganda, marketing, comunicação e saúde, além do próprio Instituto Cultural Barong: representantes do Programa Nacional de Hepatites, da Coordenação Nacional de Saúde Mental, do Conselho Nacional de Auto Regulamentação Publicitária (CONAR), do Sindicato dos Produtores de Cerveja (SINDICERV), da Associação Brasileira de Bares e Restaurantes (ABRASEL), da ONG Dínamo, da Agência de Notícias da Aids, e do Centro São Paulo Designer, entre outros profissionais liberais convidados, incluindo o advogado Marcelo Guimarães.

Etapa III – Disseminação do projeto, dos debates e do concurso através de ações nas universidades



Foram realizadas ações de campo de 19 *campus* das 15 universidades parceiras no projeto, além da Escola Panamericana de Artes. Essas ações atingiram de 48.000 estudantes universitários, com 1.408 oficinas de sexo seguro, 18 atividades lúdicas de sensibilização sobre comportamentos de prática sexual de risco, juntamente com 19

plantões de aconselhamento e orientação sobre saúde sexual e reprodutiva, além de realizar 640 receberam encaminhamentos para testagem de HIV e 1.280 atendimento para esclarecimento de dúvidas, além da distribuição de pelo menos 50.000 preservativos e 50.000 folhetos educativos.

Etapa IV – Criação do site “Um Brinde a Saúde”

O Barong publicou na Internet o site www.umbrindeasaude.org.br, contendo textos de apoio sobre os temas relativos ao consumo de álcool e seus riscos associados, além de informações sobre o projeto, os debates e o concurso e o endereço de envio das peças publicitárias propostas em formato de CD/DVD.

Etapa V – Evento de Divulgação de Premiação

A divulgação dos vencedores do Concurso “Um Brinde à Saúde” ocorreu no dia 28 de novembro de 2007 via site e e-mail aos vencedores e a entrega dos prêmios foi realizada no dia 14 maio de 2008, no Auditório do Campus Norte da UNIBAN. O evento foi aberto com o debate “Novas Estratégias para Prevenção ao Consumo Abusivo de Álcool”, com presença de vereadores da cidade, da ABRASEL, da Uniban e do Instituto Cultural Barong e da Rede Brasileira de Promoção de Informações e Disponibilização da Contracepção de emergência (REDE CE).

Foram certificados os responsáveis pelas 3 melhores propostas de cada categoria e entregues kits de prevenção de DST/aids contendo preservativos e folhetos. Os vencedores ganharam *notebooks*:

– na categoria “porta-copos”, 7 grupos de alunos inscritos apresentaram 11 propostas. Em 7 houve adoção de discursos de redução de danos e linguagem adotando dicas de consumo moderado com bom humor, e apenas em 4 utilizou-se discursos acusatórios ou de amedrontamento associando imagens ou mensagens apelativas e de morte.



1º colocada na categoria “porta-copos”, produzida por Renato Billa, Rodrigo Susnara, Andréia Zanotto, Danilo Santos e Jjohnny Asnal, do Curso de Publicidade e Propaganda da UNG – Campus Guarulhos

– na categoria “porta-garrafas” foram apresentadas 9 propostas, 5 que atenderem a discursos de redução de danos e 4 que se utilizaram de discursos de amedrontamento, associando imagens ou mensagens apelativas e de morte.

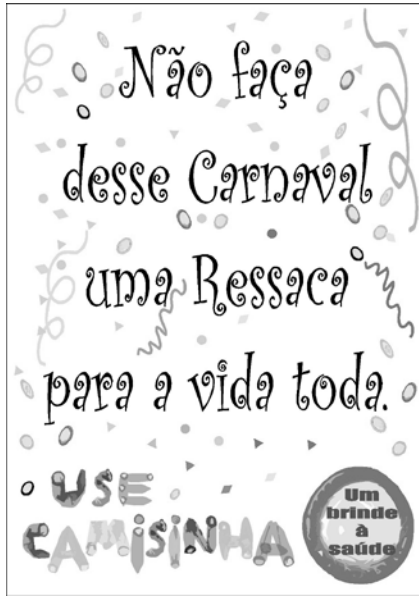


1º colocada na categoria “porta-garrafas”, produzida por Renato Billa, Rodrigo Susnara, do Curso de Publicidade e Propaganda da UNG.

– na categoria “cartazes”, foram apresentadas 13 propostas, 10 que atenderem a discursos de redução de danos, e 3 com discurso de amedrontamento, adotando associação com terror e morte.

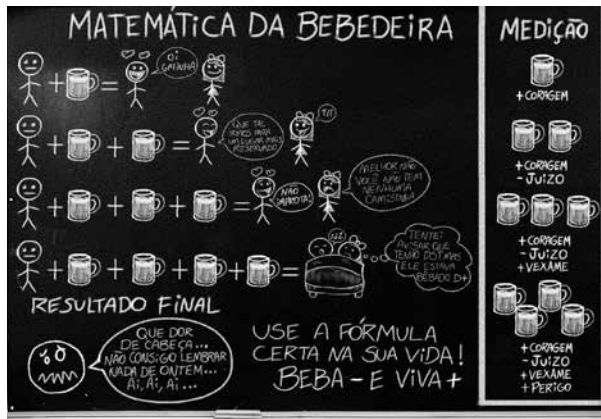
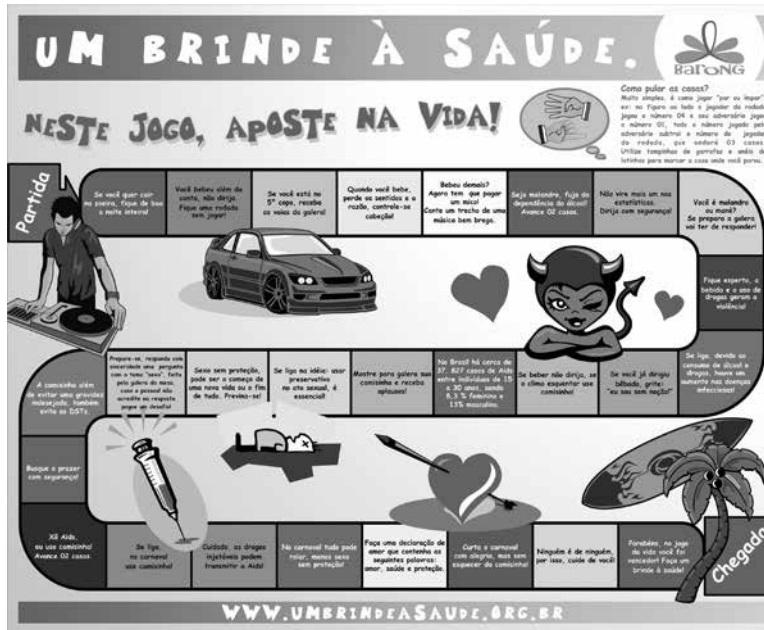
– na categoria “jogos de mesa”, foram apresentadas 11 propostas, 9 com discursos de redução de danos e linguagem de dica ou bom humor, 1 proposta que adotou discurso científico apontando dados de consumo geral e suas consequências e 1 proposta com discurso de amedrontamento, adotando associação com terror e morte.

1º colocada na categoria “cartaz”, produzida por Rafael Favarão, Thiago Teodoro, Michel Batista, Vanessa Bertini, Rodrigo Correa e Diogo Carvalho, do Curso de Publicidade e Propaganda da UNIBAN do ABC.



Prêmio Extra- Especial para o cartaz produzido por Susi N.O. dos Santos e Vinícius K. Alvarenga, do Curso de Propaganda e Publicidade da UNIBAN/ABC.

1º colocada na categoria “cartaz”, produzida por Rafael Favarão, Thiago Teodoro, Michel Batista, Vanessa Bertini, Rodrigo Correa e Diogo Carvalho, do Curso de Publicidade e Propaganda da UNIBAN do ABC.



2ª colocada na categoria “jogo de mesa” produzido por Vânia Marchi e Akemi Hayashi, do Curso de Publicidade e Propaganda – Faculdade Prudente de Moraes – Itu.

Como categoria “formato livre”, foram das 16 propostas apresentadas, 12 adotaram discurso de redução de danos, dando dicas de consumo e incentivando moderação e autocontrole, de forma jovial e cotidiana, 1 adotou discurso científico de fornecimento de informações e dados e 2 discursos de amedrontamento.

*“Tomei banho e saí para a balada...
Na balada encontrei os amigos.
Bebi e encontrei uma garota. Uma linda garota.
Era tudo o que eu queria.
Tomei uma, duas três tequilas.
Olhei para a garota, não sabia se ela ia, não sabia se ela vinha...
Tomei uma cerveja, cheguei nela e dei a minha idéia.
Naquela noite eu já sabia: ela era minha.
Depois de tantas tequilas já sabia o que queria.
Transamos ali mesmo na chapelaria e eu não usei camisinha.
Vacilei, marquei bobeira e quem diria: minha irmã virou tia!
Off: bebi além da conta, transei sem camisinha
- Beba consciente e use camisinha !”*

(1ª Colocada na categoria “formato livre”, spot de rádio produzido por Luciano Madeira, Eloisa S. Rito, Milton F. Baungartner e Alex B. N. Lourenço da UNIBAN do Campo de Marte)

Foi criado, ainda, um “Prêmio Especial” para o cartaz “Seu carro pode ser a álcool. Mas o motorista não”, considerado a criatividade e a sintetização de uma proposta de redução de danos que atinge o público brasileiro e que utiliza um símbolo nacional (o Fusca), como fator de identificação da mensagem com o público.

Os vencedores receberam certificados e os 1ºs. colocados *notebooks*, além de terem seus projetos apresentados a empresas do setor buscando incentivar os empresários a promoverem essas ações de responsabilidade social.

Outros resultados

Além dos resultados planejados, o projeto permitiu parcerias para eventos colaborativos, como o lançamento do livro “Propaganda Responsável: é o que todo anunciante deve fazer”¹³. Também gerou mídia espontânea em importantes veículos de comunicação: 2 canais de televisão: TV Globo, TV Cultura; 6 rádios (Rádio USP, Rádio Eldorado, Rádio ABC, Rádio Record, Rádio Trianon e Rádio CBN); 2 jornais de grande circulação (Diário de São Paulo e O Estado de São Paulo); além de 6 canais da Internet (Portal da Propaganda, o blog de Gilberto Dimenstein, Adnews, Valor Econômico, Max Press Net e Agência de Notícias da Aids), que passaram a discutir o tema, divulgando o concurso, além de motivar a discussão sobre a importância de associação entre uso de bebidas alcoólicas e necessidade de uso de preservativo.

A experiência também motivou o projeto de instalação e testagem de máquinas de preservativos em bares^{vii}, com valores mínimos para custear a reposição. Motivou novos debates e ações em universidades no período posterior ao projeto, em 2008 e motivou a produção de materiais educativos para o público integrando o tema álcool pelo próprio Barong¹⁴ e disponibilizados gratuitamente, como a “Cartilha do Homem” e o DVD “Redução de Danos e Prevenção no Turismo e no Lazer”^{viii}, financiado parcialmente pelo Programa Estadual de DST/Aids, que aborda numa ficção de curta metragem os cuidados com saúde e ambiente, incluindo sexo seguro e prevenção de abuso de álcool em situações de lazer.

Bastante empenhado e sensibilizado pela boa aceitação do Projeto, o Barong propôs o Projeto de Lei Estadual nº 227 de 2008, em

^{vii} Realizado em 2007, em alguns bares da Vila Madalena e da região da Baixa-Augusta, com apoio e parceria da Semina Indústria Ltda, a Camisinhas Express, a Associação Brasileira de Bares e Restaurantes (ABRASEL), a Euro RSGC Brasil, e a União Nacional dos Estudantes (UNE).

^{viii} Link vídeo: <http://barong.org.br/wp/prevencao-no-turismo-e-no-lazer/>

tramitação na Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, que obriga ações visando à redução de danos com relação ao consumo de álcool e a promoção de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em eventos festivos de massa que venham a se realizar no Estado de São Paulo (ver anexo).

Discussão

A Política Nacional sobre o Álcool¹⁷, de 2007, destaca como um dos princípios fundamentais a:

“sustentação de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersectorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida”... .

Nesse sentido, o projeto “Um Brinde à Saúde” se apresentou como uma estratégia alternativa importante, que atende não apenas promoção do enfrentamento ao consumo, mas também a proposição de parcerias para a sua efetivação, juntamente com a construção e disponibilização “de informações sobre os efeitos do uso prejudicial de álcool e sobre a possibilidade de modificação dos padrões de consumo, e de orientações voltadas para o seu uso responsável”¹⁷.

No Brasil, a maioria das abordagens de promoção de saúde com relação às drogas se utiliza de uma abordagem biomédica e de saúde higienista individualizante para promover a prevenção dos males causados pelo uso dessas substâncias²⁵, por isso as peças comunicacionais e educativas, normalmente, se utilizam de discursos de imposição de medos de doenças e mortes, procurando convencer o indivíduo a cessar (abstinência) ou conter o uso de substâncias.

Isso explica a proposição dos próprios universitários terem apresentado esse tipo de discurso em suas peças publicitárias enviadas ao concurso que integrou o projeto. Essa situação contrasta

com a realidade em que vivem, onde têm amigos que consomem bebidas alcoólicas e as consumiam desde antes de sua inserção na universidade^{11,22}. Isso provavelmente se deve ao fato de que discursos de estigmatização e abstinência são os mais recorrentes em mídias e no imaginário com relação às drogas, incluindo o álcool, ações preventivas improvisadas e a-críticas⁵.

Estratégias que associem a redução de danos ainda são pouco conhecidas entre o público e são minoritárias nas ações das várias instituições sociais que atuam com drogas e álcool, da mesma forma que as discussões embasadas por olhares social e cultural que ambientam esse uso²⁵.

No caso dos jovens, a discussão de estratégias de moderação de consumo é imprescindível, não apenas porque esses usos são característicos de suas faixas etárias de experimentação⁹, já apontado em inúmeras pesquisas^{9,11,12}, mas também porque contém elementos simbólicos, seu efeito cultural⁴. Esses efeitos muitas vezes estão associados à independência, à moda, ao *status*, sendo, também, proliferados pela própria indústria produtora dessas substâncias, como é feita, atualmente, com as bebidas alcoólicas e, na década de 1980, com cigarro, “iscas” que nem sempre são vistas criticamente por esse público que é absorvido pela massificação.

Assim, ao invés de promover a prevenção de drogas sob uma perspectiva de controle individual de comportamentos, o projeto do Instituto Cultural Barong procurou promover a saúde a partir da discussão de saúde em coletividades, procurando evitar o estigma e o aumento da discriminação tanto mais vulneráveis ao consumo de drogas (no caso do álcool, também os jovens), como aqueles que estão acometidos pelo uso abusivo. Nesse sentido, tal como aponta Carlini⁵, afere o direito das pessoas de disporem livremente de seus corpos e mentes, inclusive de seus estados de consciência, a partir de uma ótica mais

realista, eficiente e ética de trabalhar no campo da prevenção, visando reduzir os riscos que as drogas e o seu abuso possam trazer.

O projeto atende, assim, às diretrizes da política nacional de álcool, de incluir a redução de danos na educação formal de universitários, além da diretriz de promoção da prevenção as DST/aids, hepatites virais, associado ao uso de álcool e outras drogas. Além disso, atende a perspectiva, promovido pelo Ministério da Saúde, de:

“desenvolvimento de campanha de comunicação utilizando diferentes meios de comunicação, como, mídia eletrônica, impressa, cinematográfico, radiofônico e televisivo nos eixos temáticos sobre álcool e trânsito, venda de álcool para menores, álcool e violência doméstica, álcool e agravos da saúde, álcool e homicídio e álcool e acidentes”¹⁷.

A associação entre a prática do sexo desprotegido com relação ao consumo de álcool vem sendo apontada, não apenas em estudos que apresentam essa situação em eventos festivos e de lazer jovem^{9,22}, como em estudos que apontam esse uso em situações de turismo e deslocamento de pessoas em geral^{9,23}, para situações de lazer, como em estudos realizados com os próprios portadores de HIV/aids¹⁶. Ou seja, efetivamente, não apenas situações que envolvem uso de álcool são situações de desconcentração, mas estão correlacionadas, muitas vezes, com locais e situações de contatos afetivo e sexuais, em que o consumo dessa substância, assim como de outras drogas promove o sexo desprotegido e, em especial o menor uso de preservativos^{9,10,22}.

O projeto desenvolvido também aponta a possibilidade de realização de parcerias com alguns ramos de instituições da iniciativa privada, no que toca a discussão e a promoção de estratégias de prevenção ao uso e suas consequências. Os estabelecimentos comerciais e

seus representantes, como se verificou com a ABRASEL, têm especial interesse em promover atitudes benéficas para seus consumidores, buscando afastar usos nefastos e associar o uso recreativo de álcool em estabelecimentos. Nesse sentido demonstra um grande potencial de parceria para estratégias de redução de danos, embora tenha dificuldades de possibilidade de investimentos.

Essa interação é fundamental de ser estabelecida entre os empresários da área de bares e restaurantes, uma vez que pesquisas apontam que 70% desejariam “comprar a camisinha num bar”⁹, devido à falta de conhecimento ou interesse específico deste setor sobre a Lei Federal nº 10.449 de 2002⁴, que dispõe que o preservativo pode ser vendido em qualquer estabelecimento comercial. Poucas localidades, como Pelotas, no Rio Grande do Sul, que criou lei específica¹⁹ obrigando a venda de preservativos em estabelecimentos noturnos, compreenderam a importância em associar a prevenção sexual ao consumo de álcool, visando à facilitação de acesso aos preservativos e o seu maior uso.

A indústria privada de bebidas, bem como as empresas de propaganda a elas associadas, ao contrário, embora se mostrem abertas para parcerizar em eventos de discussão sobre os efeitos e a regulamentação e características da propaganda de bebidas (como fez o SINDCERV), se mostraram pouco interessadas e até relutantes em vincular-se financeiramente a projetos de promoção à saúde, embora saibamos que não contam com dificuldades financeiras no mercado brasileiro. Além disso, elas explicitam sistematicamente a sua defesa pela autorregulação das peças publicitárias de mídia, contestando qualquer alternativa que represente intervenção e/ou regulação externas ou governamentais para quaisquer veiculação de seus produtos, como já era de se esperar.

Considerações Finais

O Brasil ainda precisa avançar nas estratégias de prevenção às drogas, discursos moralistas e propagadores da abstinência geralmente utilizados não têm tido eficácia. Falta adesão a modelos de educação, prevenção e educação que promovam a redução de danos entre a população, principalmente entre jovens e adolescentes.

Isso parece ser primordial para ser cobrado e vinculado à responsabilidade social também das empresas produtoras de bebidas e suas agências de propaganda.

Em iniciativas que adotam essa estratégia comunicacional é possível ancorar a proposta de atitudes de moderação de consumo direcionadas à população jovem, principalmente se utilizarem recursos que envolvam a inclusão desses em debates, produção de peças e outras atividades participativas.

Com relação ao álcool, essa necessidade é evidente e compreendida e vivenciada pelos jovens que se mostram interessados em participar, como ficou demonstrado nesse projeto. A criatividade, o uso da linguagem e códigos etários dirigidos a seus pares surge como um universo a ser explorado pelos setores de saúde, organizações não governamentais, universidades, mídia e até pelos próprios estabelecimentos de venda ou produção de bebidas alcoólicas, permitindo parcerias promovam a redução dos males associados ao consumo abusivo dessas substâncias.

Especificamente com relação à Saúde Sexual e Reprodutiva, se faz necessário uma força tarefa que identifique as áreas de lazer e consumo de álcool como fundamentais para a prevenção do sexo seguro, evidenciando a necessidade de promoção da prevenção de gravidez e doenças sexualmente transmissíveis e promovendo intensivamente o uso de preservativos nesses lugares.

Essas ações podem incluir a parceria com instituições ligadas à área comercial de bares e restaurantes que mostram interesse pelo consumo responsável de forma a manter a boa clientela e o a imagem de seus estabelecimentos.

Referências

1. Brasil. Lei nº 9.29. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. Brasília, 15 jul.1996.
2. Brasil. Lei nº 10.167. Altera dispositivos da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas. Brasília, 27 dez. 2000.
3. Brasil. ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: 2013. (Alterado pelo Projeto de Lei 5.502).
4. Brasil. Lei nº 10.449. Dispõe sobre a comercialização de preservativos masculinos de látex de borracha. Brasília, 9 mai. 2002.
5. Carlini-Cotrim B; Gallina JR, Chasin AAM. - Ocorrências de suicídios sob efeito de álcool: um estudo na região metropolitana de São Paulo. Rev. ABP-APAL, 1998; 20(4):146-149.
6. Faden V. Epidemiology. In Galanter M (ed.). Alcohol Problems in Adolescents and Young Adults. Recent Developments in Alcoholism. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2005; 17:1-4.
7. Feffermann M, Figueiredo R. Uma Proposta Construtivista para a Prevenção ao Abuso de Drogas. Bis - Boletim do Instituto de Saúde, 2006, 40:41-47
8. Figueiredo R. Álcool e vulnerabilidade juvenil hoje. Agência Aids. [acesso 18 de ago]. Disponível em: http://agencia-aids.com.br/home/artigos/volta_item/220
9. Figueiredo R, McBritton. Cultura de turismo e população litorânea: contatos afetivo-sexuais de Verão. Bis – Boletim do Instituto de Saúde, 2006; 40: 46-48.
10. Figueiredo R, McBritton M, Cunha T. Juventude e Vulnerabilidade Sexual em Situações de Lazer-Festa. Bis – Boletim do Instituto de Saúde, 2006; 40:13-15.
11. Figueiredo R, Marquezine IM, Santos M, Fregnani LMP, Bico RF, Almeilda NC. Ocorrência de violência e drogas

- envolvendo alunos de escolas municipais de Diadema – São Paulo. *Revista LEVS - Laboratório de Estudos da Violência da UNESP/Marília*, 2012; 10:87-106.
12. Figueiredo R, Porto Alves MCG, Escuder MM, Pupo LR.; Segri NJ. Uso de álcool e drogas entre adolescentes do Ensino Médio em São Paulo. *BIS – Boletim do Instituto de Saúde*, 2008; 45:41-42.
13. Galduroz JCF, Noto AR, Nappo AS, Carlini EA. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 setembro-outubro; 13(n. esp):888-95.
14. Govatto ACM. Propaganda Responsável: É o que todo anunciante deve fazer. São Caetano: IMES, 2006.
15. Instituto Cultural Barong. (on line). [acessado em 18 ago. 2017]. Disponível em: www.barong.br
16. Ikeda MLR, Barcellos NT, Alencastro PR, Wolff FH, Moreira LB, Gus M, et al. Alcohol Drinking Pattern: A Comparison between HIV-Infected Patients and Individuals from the General Population. *PLoS One*. 2016; 11(6):e0158535.
17. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/Aids. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
18. Noto AR, Nappo S, Galduróz JCF, Mattei R, Carlini EA. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre meninos e meninas em situação de rua de cinco capitais brasileiras – 1997. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 1998. p.1-120.
19. Pereira MO, Farias SMC, Silva SS, Oliveira MAF, Vargas D, Bittencourt MN, et al. Abordagem educativa com adolescentes acerca do consumo de álcool e outras drogas. *Reuol – Revista de Enfermagem da UFPE on line*, 2014; 8(13):661-669.
20. Prefeitura Municipal de Pelotas. Lei Municipal nº 6.199. Cria a obrigação dos estabelecimentos noturnos distribuírem ou comercializarem preservativos, e dá outras providências. Pelotas, 7 jan. 2015.
21. Rede Brasileira de Promoção de Informações e Disponibilização da Contracepção de Emergência (REDE CE). (on line). [acesso em 18 ago. 2017]. Disponível em: www.redece.org
22. Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira – 2007. Brasília: 2007.
23. Supremo Tribunal Federal (STF). STF rejeita omissão na regulamentação de propaganda de bebidas alcoólicas. *Notícias STF*. (on line). Brasília; STF. *Juz.Br*; 22 abr. 2015. [acesso em 18 ago. 2017]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=290008>.
24. Santos AO, Paiva V. Vulnerability to HIV: tourism and the use of alcohol and other drugs. *Rev. Saúde Pública*, 2007; 41(2):1-6.
25. Vilela, MH. Corpo humano e saúde nos currículos Escolares: quando as abordagens socioculturais interpelam a hegemonia biomédica e higienista. *Bio-Art. Invest.*, 2015; 15(8):113-121.

Anexo

Projeto de Lei nº 227, de 2008

Obriga a realização de campanhas de prevenção a doenças sexualmente transmissíveis e de redução de danos causados pelo consumo de substâncias psicoativas e bebidas alcoólicas em eventos realizados no Estado e dá outras providências.

A ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE SÃO PAULO DECRETA:

Capítulo I – Das disposições preliminares:

Artigo 1º Para os fins desta lei, considera-se:

I – doenças sexualmente transmissíveis aquelas assim definidas pelos órgãos de saúde federais e estaduais,

II – substâncias psicoativas aquelas assim definidas em portaria da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde.

Artigo 2º Considerar-se

– á campanha de redução de danos aquelas voltadas a prevenir as possíveis conseqüências adversas do consumo de álcool e outras substâncias psicoativas por meio de informações com respaldo científico sem, com isso, criminalizar o usuário da mesma ou fazer apologia ao uso.

Artigo 3º Os eventos de que trata esta lei são aqueles:

I – abertos ao público, com acesso gratuito ou pago,

II – destinados a público superior a 2.000 (duas mil) pessoas,

III – cuja realização se dê pelo poder público ou dependa de sua autorização.

Parágrafo único

– Os eventos de cunho religioso ou destinados à promoção de saúde ou esporte, desde

que não haja venda de bebidas alcoólicas, não estão obrigados a desenvolver as atividades de que trata esta lei.

Capítulo II - Da realização de eventos abertos ao público.

Artigo 4º – É obrigatória a realização de campanhas de prevenção a doenças sexualmente transmissíveis e de redução de danos causados pelo consumo de substâncias entorpecentes, incluindo as bebidas alcoólicas em eventos realizados no Estado de São Paulo.

Artigo 5º – As campanhas serão executadas por entidades sem fins lucrativos, coordenadoras municipais de saúde ou empresas cadastradas junto à Secretaria de Saúde do Estado e que comprovarem habilitação técnica.

Parágrafo único – a comprovação da contratação da entidade ou empresa deverá ser entregue à Secretaria de Saúde em, no mínimo, 10 (dez) dias anteriores à data da realização do evento.

Artigo 6º – A Secretaria de Saúde poderá firmar convênios com as prefeituras municipais para o recebimento dos documentos e fiscalização da efetiva realização da campanha.

Artigo 7º – O organizador do evento, pessoa física ou jurídica de direito privado ou público que

descumprir as determinações desta lei estará sujeito ao pagamento de multa a ser aplicada pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Artigo 8º – A pena para o descumprimento das determinações desta lei são de multa de:

I – 100 (cem) UFESP's para eventos de acesso gratuito,

II – 300 (trezentas) UFESP's para eventos cujo acesso é pago.

Parágrafo único – A pena será dobrada no caso de reincidência

Artigo 9º os recursos advindos da aplicação de multas deverão ser revertidos integralmente para programas municipais de saúde.

Parágrafo único – os recursos serão destinados, preferencialmente, à programas de saúde desenvolvidos pela prefeitura do município onde houvera a infração.

Artigo 10º – Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.



Informações básicas e instruções aos autores

O Boletim do Instituto de Saúde (BIS) é uma publicação semestral do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Com tiragem de dois mil exemplares, a cada número o BIS apresenta um núcleo temático, definido previamente, além de outros artigos técnico-científicos, escritos por pesquisadores dos diferentes Núcleos de Pesquisa do Instituto, além de autores de outras instituições de Ensino e Pesquisa. A publicação é direcionada a um público leitor formado, primordialmente, por profissionais da área da saúde do SUS, como técnicos, enfermeiros, pesquisadores, médicos e gestores da área da Saúde.

Fontes de indexação: o BIS está indexado como publicação da área de Saúde Pública no Latindex. Na Capes, o BIS está nas áreas de Medicina II e Educação.

Copyright: é permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que sejam mantidos os créditos dos autores e instituições. Os dados, análises e opiniões expressas nos artigos são de responsabilidade de seus autores.

Patrocinadores: o BIS é uma publicação do Instituto de Saúde, com apoio da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Resumo: os resumos dos artigos submetidos para publicação deverão ser enviados para o e-mail boletim@isaude.sp.gov.br, antes da submissão dos artigos. Deverão ter até 200 palavras (em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples), em português, com 3 palavras-chave. Caso o artigo seja aprovado, um resumo em inglês deverá ser providenciado pelo autor, nas mesmas condições do resumo em português (em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples, acompanhado de título e palavras-chave).

Submissão: os artigos submetidos para publicação devem ser enviados, em português, para o e-mail boletim@isaude.sp.gov.br e ter entre 15.000 e 25.000 caracteres com espaço no total (entre 6 e 7 páginas em Word Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples), incluídas as referências bibliográficas, salvo orientações específicas dos editores. O arquivo deve ser enviado em formato Word 97/2003, ou equivalente, a fim de evitar incompatibilidade de comunicação entre diferentes sistemas operacionais. Figuras e gráficos devem ser enviados à parte.

Título: deve ser escrito em Times New Roman, corpo 12, em negrito e caixa Ab, ou seja, com letras maiúsculas e minúsculas.

Autor: o crédito de autoria deve estar à direita, em Times New Roman, corpo 10 (sem negrito e sem itálico) com nota de rodapé numerada informando sua formação, títulos acadêmicos, cargo e instituição a qual pertence. Também deve ser disponibilizado o endereço eletrônico para contato (e-mail).

Subtítulos do texto: nos subtítulos não se deve usar números, mas apenas letras, em negrito e caixa Ab, ou seja, com maiúsculas e minúsculas.

Corpo do texto: o corpo do artigo deve ser enviado em Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts após o parágrafo.

Transcrições de trechos dentro do texto: devem ser feitas em Times New Roman, corpo 10, itálico, constando o sobrenome do autor, ano e página. Todas essas informações devem ser colocadas entre parênteses.

Citação de autores no texto: deve ser indicado em expoente o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares.

Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (relatórios e outros): devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas somente nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Referências bibliográficas: preferencialmente, apenas a bibliografia citada no corpo do texto deve ser inserida na lista de referências. Elas devem ser ordenadas alfabeticamente e numeradas, no final do texto. A normalização seguirá o estilo Vancouver.

Espaçamento das referências: deve ser igual ao do texto, ou seja, Times New Roman, corpo 12, com espaçamento simples e 6 pts após o parágrafo.

Termo de autorização para publicação: o autor deve autorizar, por escrito e por via eletrônica, a publicação dos textos enviados, de acordo com os padrões aqui estabelecidos. Após o aceite para publicação, o autor receberá um formulário específico, que deverá ser preenchido, assinado e devolvido aos editores da publicação.

Obs.: no caso de trabalhos que requeiram o cumprimento da resolução CNS 196/1996 será necessária a apresentação de parecer de comitê de ética e pesquisa.

Avaliação: os trabalhos são avaliados pelos editores científicos, por editores convidados e pareceristas ad hoc, a cada edição, de acordo com sua área de atuação.

Acesso: a publicação faz parte do Portal de Revistas da SES-SP em parceria com a BIREME, com utilização da metodologia Scielo para publicações eletrônicas, podendo ser acessada nos seguintes endereços:

Portal de Revistas da SES-SP – <http://periodicos.ses.sp.bvs.br>
Instituto de Saúde – www.isaude.sp.gov.br

Orientação aos autores - Notas técnicas de Avaliação de Tecnologias de Saúde

Notas Técnicas de Avaliação de Tecnologias de Saúde incluem pareceres técnico-científicos e outros tipos de informes rápidos de avaliação de tecnologias de saúde (ATS), que possam contribuir para subsidiar a tomada de decisão sobre incorporação e ou exclusão de tecnologias no sistema de saúde. Ensaio e reflexões sobre aspectos metodológicos e sobre políticas relacionadas à ATS também são bem-vindos.

Tamanho do texto

- Deve ter até 2.000 palavras (excluindo resumo, tabela, figura e referências), no máximo uma tabela ou figura e até 10 referências. Sugere-se a seguinte distribuição das partes do texto: Introdução (até 600 palavras); Método (até 300 palavras); Resultados e Discussão (até 1000 palavras); Recomendação (até 100 palavras).
- O resumo não precisa ser estruturado e deve ter até 150 palavras, e ser apresentado em português e inglês.

Estrutura do texto

- Não há uma estrutura para apresentação de Notas Técnicas no formato ensaios e reflexões.
- As Notas Técnicas relativas a pareceres técnico-científicos e outros tipos de informes rápidos de ATS, devem

obedecer a seguinte estrutura: Introdução que aborde o contexto de realização do parecer ou informe, o problema estudado, e a tecnologia avaliada; Método com pergunta de investigação estruturada, bases de dados de literatura, estratégias de busca de informações científicas, critérios para seleção e análise dos estudos incluídos; Resultados e Discussão que inclua uma apreciação sobre as limitações do estudo, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Recomendação que possa subsidiar uma tomada de decisão por gestores nos diferentes âmbitos do sistema de saúde.

- Fontes de financiamento: devem ser declaradas todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.
- Conflito de interesses: deve ser informado qualquer potencial conflito de interesse.
- Aspectos éticos: informar sobre avaliação por um comitê de ética em pesquisa, quando pertinente.
- Colaboradores: devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.
- Agradecimentos: incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

