



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

LEONARDO GONÇALVES CARVALHO

**PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS USUÁRIOS E PERMANÊNCIA NO TRATAMENTO DE
TRANSTORNOS DEVIDO AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA
COMUNIDADE TERAPÊUTICA “DESAFIO JOVEM DE BRASÍLIA”**

Brasília

2024/2

LEONARDO GONÇALVES CARVALHO

PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS USUÁRIOS E PERMANÊNCIA NO TRATAMENTO DE
TRANSTORNOS DEVIDO AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA
COMUNIDADE TERAPÊUTICA “DESAFIO JOVEM DE BRASÍLIA”

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC apresentado
como pré-requisito para conclusão do curso de Bacharel
em Serviço Social, pela Universidade de Brasília - UnB
sob orientação da Prof^ª. Mestra Maria de Fátima dos
Santos Silva.

Brasília

2024/2

LEONARDO GONÇALVES CARVALHO

PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS USUÁRIOS E PERMANÊNCIA NO TRATAMENTO DE
TRANSTORNOS DEVIDO AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA
COMUNIDADE TERAPÊUTICA “DESAFIO JOVEM DE BRASÍLIA”

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC pré-requisito
para conclusão do curso de Bacharel em Serviço Social,
pela Universidade de Brasília-UnB submetido à
aprovação da banca examinadora.

Aprovado em _____ de _____ 2025.

PROFESSORA MESTRA MARIA DE FÁTIMA DOS SANTOS SILVA
PROFESSORA SUBSTITUTA E ORIENTADORA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

PROFESSOR DOUTOR PERCI COELHO DE SOUZA
MEMBRO EXAMINADOR DA BANCA
PROFESSOR EFETIVO DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

MESTRA KARINA APARECIDA FIGUEIREDO
MEMBRO EXAMINADOR DA BANCA
ASSISTENTE SOCIAL DA SES DF – SECRETÁRIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

AGRADECIMENTOS

Inicialmente gostaria de agradecer a minha família e amigos. Especialmente a minha avó Sebastiana, por todo apoio e cuidado que ela sempre teve comigo, e ao meu pai Lindomar, que da sua maneira, me ofereceu o suporte necessário para eu trilhar meu caminho. Aos meus amigos, Talita, Estefany e Danilo que me motivaram, me acolheram e suportaram minhas crises ao longo dessa jornada.

Gostaria de expressar minha gratidão à professora Maria de Fátima, cuja orientação, paciência e sabedoria foram fundamentais para a conclusão deste trabalho. Assim como a banca que aceitou fazer parte deste processo de aprendizagem, e concretizar esse importante passo na minha vida acadêmica e pessoal.

A instituição “Desafio Jovem de Brasília”, em particular a Diretora Presidente Célia Moraes, por permitir a pesquisa, e por sua educação e solicitude.

Por fim, gostaria de agradecer a mim mesmo, por ter conseguido chegar até aqui, mesmo havendo momentos onde não havia forças para continuar.

Meu partido
É um coração partido
E as ilusões estão todas perdidas
Os meus sonhos foram todos vendidos
Tão barato que eu nem acredito
Eu nem acredito
Que aquele garoto que ia mudar o mundo
(Mudar o mundo)
Frequenta agora as festas do "Grand Monde"

Meus heróis morreram de overdose
Meus inimigos estão no poder
Ideologia
Eu quero uma pra viver
Ideologia
Eu quero uma pra viver

O meu prazer
Agora é risco de vida
Meu "sex and drugs" não tem nenhum rock 'n' roll
Eu vou pagar a conta do analista
Pra nunca mais ter que saber quem eu sou
Pois aquele garoto que ia mudar o mundo
(Mudar o mundo)
Agora assiste a tudo em cima do muro

Meus heróis morreram de overdose
Meus inimigos estão no poder
Ideologia
Eu quero uma pra viver
Ideologia
Eu quero uma pra viver
(CAZUZA, IDEOLOGIA)

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo analisar quais fatores socioeconômicos se destacam nos perfis dos usuários que interromperam seu tratamento na comunidade terapêutica “Desafio Jovem de Brasília”, buscando identificar quais fatores podem influenciar na desistência do tratamento por parte dos acolhidos. Compreendendo que a problemática do uso prejudicial de drogas é uma questão complexa, permeada por expressões da questão social, ao qual potencializam os impactos prejudiciais do consumo nocivo de substâncias psicoativas, produzindo contextos de isolamento e exclusão social dessa população, o que contribui para a ocorrência do fenômeno analisado. Para análise deste estudo, foi adotado a metodologia de análise documental, no qual foram analisados os dados do sistema CT, referente a escolaridade, estado civil, gênero, idade, local de residência, profissão, perfilhação, raça/etnia, religião, status dos acolhidos na instituição e o período em meses do tratamento onde os adictos evadem do tratamento. Esses dados foram repassados pela instituição estudada, de forma a garantir o sigilo dos usuários, ao todo foram analisados dados de 36 acolhidos. Os resultados mostraram um cenário onde a desistência do tratamento se mostra como um grande problema, visto que a maioria dos acolhidos interromperem o tratamento de forma precoce, antes de completarem dois meses, se comparado com o tempo total do tratamento que costuma durar entre 9 a 12 meses, sendo que os últimos três meses são destinados a preparação para o mercado de trabalho. Os fatores socioeconômicos encontrados que possuem influência na permanência foram: estado civil, idade, local de moradia, perfilhação, profissão, raça e religião. A hipótese indicava que idade, local de moradia e renda seriam os principais fatores que influenciariam a permanência dos acolhidos no tratamento, o que não foi confirmada, visto que foram constatados as outras variáveis mostraram possuir mais influência no fenômeno analisado. Além disso, não foi possível constatar se o fator da renda possui influência no fenômeno estudado, pois a instituição estudada não coletava dados referentes aos rendimentos dos acolhidos.

Palavras-Chaves: dependência de substâncias psicoativas. comunidade terapêutica. perfil socioeconômico. permanência no tratamento.

ABSTRACT

This study aims to analyze which socioeconomic factors stand out in the profiles of users who discontinued their treatment at the therapeutic community "Desafio Jovem de Brasília," seeking to identify which factors may influence the decision to abandon treatment among the residents. Recognizing that the issue of harmful drug use is a complex problem, intertwined with expressions of social issues, which exacerbate the detrimental impacts of harmful psychoactive substance consumption, creating contexts of isolation and social exclusion for this population, thereby contributing to the occurrence of the phenomenon under analysis. For the analysis in this study, the methodology of document analysis was adopted, in which data from the CT, regarding education level, marital status, gender, age, place of residence, profession, affiliation, race/ethnicity, religion, the status of those admitted to the institution, and the period in months of treatment when addicts drop out of treatment. These data were provided by the institution studied, ensuring the confidentiality of the users. In total, data from 36 individuals admitted were analyzed. The results revealed a scenario where treatment dropout is a significant problem, as the majority of residents discontinued treatment prematurely, before completing two months, compared to the total treatment duration, which typically lasts between 9 to 12 months, with the last three months dedicated to preparing for the job market. The socioeconomic factors found to influence retention were: marital status, age, place of residence, affiliation, profession, race, and religion. The hypothesis suggested that age, place of residence, and income would be the main factors influencing the retention of participants in the treatment, which was not confirmed, as other variables were found to have a greater influence on the analyzed phenomenon. Additionally, it was not possible to determine whether income influenced the studied phenomenon, as the institution under study did not collect data on the participants' income.

Keywords: psychoactive substance dependence. therapeutic community. socioeconomic profile. treatment retention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA: Alcoólicos Anônimos

CAPS-AD: Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas

CEBRID: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

CFE: Conselho Federal de Entorpecentes

CICAD: Comissão Interamericana de Controle do Abuso de Drogas

CNFE: Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes

CONAD: Conselho Nacional Antidrogas

CONEN-DF: Conselho de Política sobre Drogas do Distrito Federal

CT: Comunidade Terapêutica

FUNDAD: Fundo Antidrogas do Distrito Federal

GC: Grupo de Controle

GE: Grupo Estudado

IST: Infecções Sexualmente Transmissíveis

LGPD: Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais

MRPB: Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil

MS: Ministério da Saúde

NA: Narcóticos Anônimos

NSC: Sistema Nervoso Central

OEA: Organização dos Estados Americanos

ONU: Organização das Nações Unidas

PEAD: Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Álcool e Outras Drogas

PNAD: Política Nacional Antidrogas

RAPS: Rede de Atenção Psicossocial

RAS: Redes de Atenção à Saúde

RD: Redução de Danos

RP: Reforma Psiquiátrica

RS: Reforma Sanitária

SEJUS: Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal

SENAD: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SISNAD: Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SNC: Sistema Nervoso Central

SPA: Substâncias Psicoativas

SRTE: Serviço de Repressão a Tóxicos e Entorpecentes

SUS: Sistema Único de Saúde

TUS: Transtorno por Uso de Substâncias

TMC: Transtorno Mental Comum

TPM: Transtornos Psiquiátricos Menores

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1 – Distribuição de acolhidos segundo status na instituição	79
Gráfico 2 – Distribuição de acolhidos segundo a tempo de tratamento antes da interrupção	81
Gráfico 3 – Distribuição de acolhidos segundo o gênero	86
Gráfico 4 – Distribuição de acolhidos segundo a perfilhação	93
Gráfico 5 – Distribuição de acolhidos segundo a religião	96

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da classificação de drogas por grupo e seus sinônimos	65
Tabela 2 – Distribuição de acolhidos segundo a escolaridade	83
Tabela 3 – Distribuição de acolhidos segundo o estado civil.....	85
Tabela 4 – Distribuição de acolhidos segundo a idade.....	87
Tabela 5 – Distribuição de acolhidos segundo o local de residência	89
Tabela 6 – Distribuição de acolhidos segundo a profissão.....	91
Tabela 7 – Distribuição de acolhidos segundo a raça/etnia.....	94

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO BRASIL	19
1.1 HISTÓRIA DO USO DE SUBSTÂNCIAS NO BRASIL E ESTIGMATIZAÇÃO	19
1.2 PROIBICIONISMO E GUERRA ÀS DROGAS NO BRASIL	32
2 SAÚDE E USO PREJUDICIAL DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	49
2.1 PERSPECTIVA HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS AO CUIDADO DO USUÁRIO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	49
2.2 IMPACTO DO ABUSO DE DROGAS NA VIDA DO ADICTO	64
3 PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS USUÁRIO DA COMUNIDADE TERAPÉUTICA “DESAFIO JOVEM DE BRASÍLIA”	77
3.1 METODOLOGIA DA PESQUISA	77
3.2 ANÁLISE DE DADOS	79
3.2.1 DISTRIBUIÇÃO DE ACOLHIDOS SEGUNDO STATUS NA INSTITUIÇÃO	79
3.2.2 DISTRIBUIÇÃO DE ACOLHIDOS SEGUNDO A TEMPO DE TRATAMENTO ANTES DA INTERRUPÇÃO	81
3.2.3 DISTRIBUIÇÃO DE ACOLHIDOS SEGUNDO A ESCOLARIDADE	83
3.2.4 DISTRIBUIÇÃO DE ACOLHIDOS SEGUNDO O ESTADO CIVIL	85
3.2.5 DISTRIBUIÇÃO DE ACOLHIDOS SEGUNDO O GÊNERO	86
3.2.6 DISTRIBUIÇÃO DE ACOLHIDOS SEGUNDO A IDADE	87
3.2.7 DISTRIBUIÇÃO DE ACOLHIDOS SEGUNDO O LOCAL DE RESIDÊNCIA	89
3.2.8 DISTRIBUIÇÃO DE ACOLHIDOS SEGUNDO A PROFISSÃO	91
3.2.9 DISTRIBUIÇÃO DE ACOLHIDOS SEGUNDO A PERFILHAÇÃO	93
3.2.10 DISTRIBUIÇÃO DE ACOLHIDOS SEGUNDO A RAÇA/ETNIA	94
3.2.11 DISTRIBUIÇÃO DE ACOLHIDOS SEGUNDO A RELIGIÃO	96
CONSIDERAÇÕES FINAIS:	98
REFERENCIAS:	101
APÊNDICE	108
APÊNDICE I - ROTEIRO DE COLETA DE DADOS	108

APÊNDICE II - CARTA DE ANUÊNCIA PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA 109

INTRODUÇÃO

O uso prejudicial de drogas é atualmente reconhecido como um problema de saúde pública e como uma expressão da questão social, pois não afeta somente a saúde física e mental do dependente químico, mais também o contexto social e econômico da população usuária de Substâncias Psicoativas - SPA, uma vez que pessoas próximas a esses indivíduos também sofrem com os impactos prejudiciais do uso nocivo de substâncias. Desta maneira, se buscou identificar fatores do perfil socioeconômico que poderiam impactar na permanência do dependente químico no tratamento de transtornos devido ao uso abusivo de drogas.

O modelo de pesquisa adotado foi o descritivo, e a metodologia adotada foi a de análise documental, visto que o objetivo da pesquisa era de identificar, descrever e analisar os fatores do perfil socioeconômicos dos acolhidos da Comunidade Terapêutica - CT “Desafio Jovem de Brasília”, que poderiam ter influência na desistência desses indivíduos ao tratamento do transtorno por uso de substâncias. Os dados do perfil socioeconômico analisados foram: escolaridade, estado civil, gênero, idade, local de residência, profissão, perfilhação, raça/etnia e religião. Além desses dados foram analisados também em qual período do tratamento os dependentes químicos interrompem o tratamento, e o status dos usuários na instituição, para compreender quem desistiu, quem permaneceu no tratamento e quem recebeu alta da instituição.

A CT “Desafio Jovem de Brasília” é uma instituição privada sem fins lucrativos que atua desde 1972 em Brasília, acolhendo dependentes químicos do sexo masculino, maiores de idade e auxiliando-os em sua recuperação. Integrando o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD e a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, possuindo parceria com a Secretária de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal – SEJUS, e registro no Conselho de Política sobre Drogas do Distrito Federal – CONEN – DF.

A hipótese indicava que idade, local de moradia e renda seriam os principais fatores que influenciariam a permanência dos acolhidos no tratamento. No entanto, essa hipótese não foi confirmada, pois, embora essas variáveis tivessem algum impacto, outras variáveis se mostraram mais determinantes para a desistência da população estudada.

Além disso, os dados mostraram a gravidade do problema estudado, onde o percentual de indivíduos que interrompem o tratamento é alarmante, e essa interrupção é feita de forma precoce,

sendo em sua maioria realizada antes de complementarem dois meses de tratamento. Demonstrando assim, a existência de barreiras sociais e econômicas que contribuem para a dificuldade de adesão e permanência dessa população aos serviços de assistência à saúde mental, uma vez que a complexidade da problemática das drogas, impacta várias esferas da vida do indivíduo, como família, trabalho, amigos, educação, saúde entre outras, contribuindo para a criação de cenários de isolamento e exclusão social, que impactam diretamente na qualidade de vida de vida do indivíduo e na permanência em serviços de assistência à saúde mental.

Assim, se entende que o problema do uso abusivo de SPA perpassa o uso da substância em si e seus efeitos, abrangendo várias outras expressões da questão social, que conforme explicitado por Yamamoto (2021, p. 190), se trata das “disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em suas relações entre amplos segmentos da sociedade civil e o poder estatal”. O que torna necessário olhar para a totalidade e especificidades dessa problemática, uma vez que por receber influência de fatores sociais, políticos e econômicos acaba por potencializar os impactos do uso prejudicial de drogas, afetando desde a procura do tratamento até a permanência do mesmo.

Devido a toda essa complexidade que permeia a problemática abordada, foi desenvolvida a pesquisa, com o intuito de identificar fatores socioeconômicos que apontassem para as dificuldades que os acolhidos da instituição “Desafio Jovem de Brasília” poderiam encontrar para permanecer no tratamento. Desta forma, contribuindo com dados não só para instituição pensar em estratégias para minimizar os problemas apontados, mas também fomentar novas pesquisas e discussões acerca do fenômeno da desistência do tratamento de transtornos devido ao uso de drogas, principalmente na área do Serviço Social.

O Serviço Social por ser uma área do conhecimento, que possui como principal foco a análise crítica da realidade, de forma a compreender as implicações das expressões da questão social na vida do indivíduo, de forma a tentar minimizá-los, buscando assegurar o acesso a direitos e promover a autonomia dos sujeitos, possui grande relevância no tema. Em concordância, Yamamoto (2021, p. 198) descreve que “os assistentes sociais trabalham com as mais diversas expressões da questão social, esclarecendo à população seus direitos sociais e os meios de ter acesso aos mesmos”.

Outrossim, por ser uma área também de caráter pedagógico, possui um papel importantíssimo dos estigmas relacionados ao consumo de drogas, tanto na comunidade como nas instituições de saúde e assistência social, que também se mostra possuir um grande impacto na vida do dependente químico, que devido a esse preconceito, muitos escondem seu quadro de saúde, e possuem grande resistência em procurar assistência médica, o que contribui para uma procura tardia e conseqüentemente em um estado mais agravado de dependência

Além disso, devido aos impactos prejudiciais do uso de drogas, sobretudo pelo enfraquecimento de vínculos, que junto a outras implicações das expressões da questão social, favorecem contextos de exclusão e isolamento social do dependente químico, levando a um estado de vulnerabilidade social do mesmo, contribui para que esse público tenha contato com o Serviço Social em diversas políticas públicas e serviços. Demonstrando assim, a importância de se abordar e se aprofundar na temática das drogas, mas principalmente na permanência desse público nas políticas públicas e serviços, visto que se constitui uma demanda do Serviço Social.

Desta maneira, compreendendo a relevância da temática para o Serviço Social, e devido às experiências vivenciadas durante o estágio na área da assistência social, mais especificamente no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, onde foi possível visualizar os impactos do uso nocivo de drogas em algumas famílias usuárias do serviço, e presenciar discursos estigmatizante direcionados aos usuários que faziam uso abusivo de drogas, motivaram a escolha deste tema. Uma vez, que essa vivência, induziu a acerca dessa problemática, pois surgiu a necessidade de compreender melhor as implicações por trás do uso de SPA, visto que o assunto é pouco explorado na graduação.

A hipótese de que a idade seria um dos principais fatores que poderiam contribuir para o abandono do tratamento, foi levantada pois se entendia que pessoas mais jovens, principalmente as que estavam iniciando a vida adulta, estariam passando por grande pressão social, principalmente pela cobrança desse período acerca do que a pessoa iria fazer da vida. O que poderia desencadear tanto conflitos familiares, conseqüentemente o enfraquecimento de vínculos familiares, além da internalização dos estigmas relacionados ao uso de drogas, que contribuem para a perda do senso de valor e capacidade do usuário, além da própria pressão desse período da vida, sentimentos de fracassos e incapacidade, desesperança e desilusão, que são reforçados com discursos estigmatizantes e de culpabilização do indivíduo por sua situação.

Já a renda e o local de moradia foram pensados por uma mesma lógica, sendo ela a dificuldade de locomoção, nesse caso da família, uma vez que se constitui uma importante rede de apoio social ao dependente químico, impactando diretamente a permanência e o sucesso do tratamento. Entretanto, por esses serviços de assistência à saúde mental não estarem em todas as RA's do Df, sendo que a depender do serviço há uma instituição para atender uma região que comporta várias RA's, dificulta a possibilidade das famílias que moram em locais mais distantes e periféricos dessas instituições a realizarem visitas aos acolhidos na instituição, uma vez que somado isso, existem problemas de infraestrutura, principalmente em relação aos transportes públicos, custos e tempo despendido. Portanto, ao entender essas complicações foi levantado que esses fatores iriam impactar a permanência dos indivíduos no tratamento, pois poderiam impossibilitar o acesso a esse mecanismo valioso para o tratamento que é o apoio familiar.

O trabalho foi estruturado de forma a abordar o tema do uso de drogas em sua totalidade, com o intuito também de desconstruir preconceitos e estigmas relacionados às SPA e a população usuária de drogas, visto que se criou no imaginário coletivo principalmente a respeito das substâncias ilícitas, uma relação com a criminalidade e perigo, onde essa prática é condenável e tem que ser combatida. Entretanto, esse pensamento acerca do tema é superficial e limitado, pois de fato o consumo de drogas traz malefícios à saúde e diversos impactos na vida do adicto, entretanto a marginalização e a violência que esses indivíduos sofrem não vem do uso de drogas, mas sim de um processo histórico e político classista, religioso e racista, que por sua vez também impacta negativamente esses indivíduos.

Deste modo, se buscou mostrar no primeiro capítulo a relação histórica do ser humano com as SPA, especificamente no contexto brasileiro, compreendendo como os fatores sociais e econômicos, principalmente o interesse econômico, a religiosidade e o preconceito contra grupos sociais e minorias raciais e étnicas, afetaram na concepção de substâncias socialmente aceitas e substâncias que passaram a serem perseguidas ou condenadas. Abordando também, como esses fatores contribuíram para a geração de estigmas relacionados a essa população, assim como o papel da mídia em fortalecer e disseminar esses discursos preconceituosos, além das consequências que esse estigma traz para a vida dessas pessoas, principalmente na questão de autovalor, acesso à saúde, mercado de trabalho, relações familiares, entre outros.

Ainda no primeiro capítulo, foi abordado a construção da política de drogas no Brasil, principalmente no campo jurídico-penal, mostrando o contexto internacional e a influência do

cenário internacional na consolidação dessa política, orientados sob o paradigma proibicionista. Além de debater os avanços e retrocessos dessa política, assim como as consequências desse modelo de política conservador, repressivo e violento das drogas, no qual além de não conseguir acabar com o mercado ilegal de drogas, ainda contribui para a criação de contextos de risco para os usuários de drogas, uma vez que colocam esses indivíduos em contato com a criminalidade.

O segundo capítulo foi utilizado para discutir como o problema do uso abusivo de drogas começou a ser incorporado pela área da saúde, focando principalmente na contradição presente nesse processo, abordando as disputas ideológicas entre o paradigma proibicionista e antiproibicionista, assim como os modelos criados a partir desses paradigmas. Abordando também a incorporação tardia do problema do uso prejudicial de drogas pelo campo da saúde pública, destacando o papel da Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica nesse processo, assim como as ameaças que o modelo de redução de danos orientados pelo paradigma proibicionista vem sofrendo.

No segundo capítulo também foi abordado os efeitos de diversas SPA, compreendendo o seu funcionamento no organismo e os fatores que impactam em seus efeitos, como a pureza da substância, o tipo e a quantidade das substâncias, o organismo e o estado mental do indivíduo, assim como o ambiente que em que se encontra no momento do consumo. Ademais, também foi retratado principalmente os impactos sociais e psicológicos devido às complicações do uso prejudicial de drogas, uma vez que a intenção não se pretendia esgotar as implicações que essa conduta provoca na saúde da pessoa. Além disso, foi mostrado que assim como as drogas impactam em vários aspectos da vida do indivíduo, vários aspectos podem levar o indivíduo ao consumo de substância e conseqüentemente do abuso, potencializando os efeitos prejudiciais tanto do uso de drogas, como dos outros aspectos.

Por fim, o terceiro o terceiro capítulo comporta a análise dos dados dos 36 acolhidos que atenderam ao critério da pesquisa, da comunidade terapêutica “Desafio Jovem de Brasília”, no qual foram retirados do sistema CT e enviados pela instituição, de forma a garantir o sigilo dos usuários. Onde buscou responder ao problema da pesquisa, sendo ele: quais os fatores do perfil socioeconômico dos acolhidos da instituição “Desafio Jovem de Brasília” influencia na permanência deles no tratamento de transtornos devido ao uso abusivo de SPA.

1 USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO BRASIL

O consumo de Substâncias Psicoativas – SPA esteve sempre presente em diversas sociedades e culturas, inclusive no Brasil, porém, se criou uma distinção entre substâncias aceitas e que estão presentes no cotidiano da população brasileira como bebidas alcoólicas, cigarros, café etc., e drogas que são condenadas e julgadas, como a maconha, o crack a cocaína etc. Deste modo, se busca entender como historicamente surgiu essa distinção, seus impactos na vida dos usuários de drogas e desconstruir estigmas e preconceitos envolvidos a problemática das drogas, assim como explorar a complexidade da problemática, compreendendo os contextos, interesses, ideologias, conjunto de valores que originaram o proibicionismo no Brasil.

1.1 História do uso de substâncias no Brasil e estigmatização

O uso de SPA não é um fenômeno da modernidade, Faller (2015, p. 20) descreve essa prática como universal e milenar, sendo tão antiga como a história da humanidade, estando presente em todas as culturas. A autora acrescenta que inicialmente essa prática era utilizada em contextos ritualísticos e religiosos, com o passar do tempo começou a ser utilizada também para fins medicinais, como fonte de obtenção de prazer e diminuição de sofrimento psicológico. Gomes-Medeiros *et al* (2019) destaca que houveram diversas motivações que impulsionaram o ser humano a consumir SPA tais como: a busca pelo prazer, o alívio de preocupações e tensões, o controle do humor e a expansão da consciência. A respeito do uso histórico das SPA pela humanidade, MacRae (2014) retrata:

O uso de drogas era geralmente feito de acordo com uma série de princípios, leis, regras de conduta e de rituais religiosos e profanos que determinava quem, como e com que finalidade a droga era usada. Era comum haver restrições de idade, gênero e classe social para diferentes substâncias e distintos modos de uso. Cada cultura desenvolvia as suas regras e seus costumes, de acordo com sua forma de entender o mundo e se organizar. O cumprimento dessas normas era imposto e fiscalizado de maneira formal, segundo leis preestabelecidas; ou, informalmente, pela pressão e vigilância de familiares, vizinhos, sacerdotes, empregadores e outros agentes sociais, percebidos pelos sujeitos como importantes em suas vidas. Constituíam-se, assim, os chamados controles sociais formais e informais. (MACRAE, 2014, p. 31).

Como apontado pelos autores, o uso de drogas pela humanidade é uma prática comum e antiga, sendo influenciada por aspectos sociais e culturais de cada comunidade, havendo diversas finalidades para seu uso. Dessa maneira, pelo uso de psicoativos estarem vinculados a normas sociais para seu uso, que são influenciados por princípios religiosos, morais e medicinais de cada sociedade, é possível perceber ao longo da história a mudança tanto de utilidade, quanto de tipo de SPA consumidas. Isso ocorre, devido às sociedades não serem estáticas, ou seja, a concepções sobre a finalidade de determinadas substâncias, assim como sua aprovação social irá depender do contexto social, cultural e econômico de cada período e de cada região. Outro fator é a evolução da ciência que acaba contribuindo para aumentar as opções de fármacos, e suas utilidades, assim como justificar seu uso ou sua proibição em determinadas situações.

No contexto Brasileiro, no período Pré-Colonial, Castro Neto e Couto Filho (2023) relatam que várias tribos indígenas brasileiras consumiam uma bebida conhecida como cauim, que podia ser preparada a partir das raízes da mandioca, do sumo do caju, ou do milho, sendo mais utilizada as raízes de mandioca para seu preparo. Panegassi (2007) corrobora que o cauim é uma bebida fermentada, produzida através da mistura do caldo obtido da raiz da mandioca, ou de frutas com a saliva de jovens mulheres indígenas, visto que no preparado da bebida, as raízes eram mastigadas pelas mulheres das tribos.

Castro e Mendes (2016) complementa, que no processo de preparo do cauim, se obtém dois produtos, o *Dubia*, que é o cauim embriagante, correspondendo a parte dos ingredientes transformados em bebida alcoólica, sendo este consumido principalmente em festivais, com o intuito de inebriar-se; e o *Yakupa*, que seria o cauim refrescante, correspondendo a sobra do *Dubia*, ou seja, da parte que não virou álcool, utilizado diariamente principalmente para alimentação das crianças, no caso do povo Yudjá. Torcato (2013) ressalta, que por mais que as bebidas alcoólicas tenham efeitos psicoativos, ela não pode ser reduzida apenas a essa funcionalidade, pois essas bebidas ainda possuem qualidades nutritivas, podendo ser chamadas de alimento-droga. A respeito dessa característica nutritiva de algumas bebidas fermentadas, como no caso do cauim, o autor aponta:

As vantagens nutricionais dos fermentados resultam não apenas do fato dessas bebidas serem feitas de cereais na forma de 'pão líquido', mas do aumento do seu valor, tanto em relação ao conteúdo proteico como de vitaminas e sais minerais, corrigindo, assim, as carências de uma dieta de ingestão pura de cereais. (TORCATO, 2013, p. 118).

Deste modo, o cauim era um importante alimento-droga presente na cultura de vários povos indígenas, servindo tanto para celebrações como também para complementar suas dietas. O uso do cauim embriagante acontecia principalmente em grandes festas, conhecidas como as cauinagens, Fernandes (2006) descreve que nesses ritos, ocorriam as reuniões de vários grupos locais, para celebrar ou lamentar vários eventos e acontecimentos, como casamentos, funerais, recepção de visitantes importantes, a transição para vida adulta e no caso dos povos tupinambá, esses ritos aconteciam principalmente em momentos de execução e devoração de inimigos capturados.

Torcato (2013) destaca a importância desses rituais para a renovação da tradição indígena, e explica que esses encontros eram marcados pela participação feminina, e por tentarem atingirem o máximo de embriaguez, chegando a ficarem dias seguidos sem comer e apenas ingerindo bebidas alcoólicas. O autor salienta que devido a importância desses rituais para os povos originários do Brasil, essa prática acabou sendo perseguida pelas autoridades eclesiásticas da época. Em concordância, Avelar (2010) esclarece que a cauinagem é destruída, principalmente por comprometerem a catequização e conversão dos indígenas ao cristianismo, visto que a conduta moral e de sobriedade desse rito fugia das normas da igreja e dos colonizadores.

O cauim, por sua vez é um exemplo que demonstra como os princípios religiosos, no caso católico europeu, interfere no consumo de SPA, visto que mesmo o cauim e as cauinagens constituíssem um papel importantíssimo na cultura de várias comunidades indígenas brasileiras, o seu uso foi proibido devido ao novo contexto social de catequização e colonização no qual o Brasil se encontrava. O cauim também contribui para um maior entendimento das diferentes finalidades que as drogas possuem, principalmente pelo caráter de alimento-droga, que exerceu um importantíssimo papel em completar as dietas dessas tribos, principalmente em épocas de escassez de alimentos.

Segundo Torcato (2013) os indígenas foram os responsáveis por apresentar o tabaco aos europeus, substância essa que era consumida de várias maneiras, podendo ser aspirado, fumado, absorvido por enemas e até era feito bebidas com tabaco, prática essa que se perdeu com o tempo. Sobre o uso do tabaco pelos povos tupis, Castro Neto e Couto Filho (2023), apontam que a substância era utilizada em rituais religiosos, com o intuito de fortalecer seus guerreiros para o combate. Torcato (2023) relata que no início o uso de tabaco era visto e perseguido como um ato

diabólico, entretendo devido ao seu uso se difundir pelo mundo, e ocupar um posto importante na economia brasileira, seu uso parou de ser perseguido.

Assim, é possível perceber como o interesse econômico pode mudar como uma SPA é aceita pela sociedade, superando a moral da época. Outra forma que era usado o tabaco, era em sua forma em pó, chamada de rapé, Castro Neto e Couto Filho (2023) relatam que várias tribos amazônicas utilizavam um rapé chamado *cohoba*, que se era produzido a partir da planta angico e do tabaco, o *cohoba* era consumido diariamente, como estimulantes para auxiliar os pajés e xamãs em suas profecias e adivinhações. Os autores também relatam o uso de um rapé fumado, que era chamado de *paricá*, feito através da pulverização das cascas de plantas do gênero *Virola*, e era usado principalmente em ritos religiosos indígenas, onde as pessoas se reuniam, cantavam e invocavam espíritos.

O uso do rapé também foi observado entre as classes burguesas brasileiras, porém com outras finalidades, Torcato (2013) explica que no século XIX no Rio de Janeiro, o rapé era consumido como forma sofisticadas para desobstruir as vias respiratórias, para aliviar dores de dentes e além de seus usos sociais e recreacionais. Ademais, Torcato (2016) descreve que no período do Brasil Império, o consumo de charuto começou a ser um mecanismo de distinção social, além de que, o tabaco nessa época servia como demarcador de idade, servindo como comprovação de que o indivíduo era adulto.

O tabaco exemplifica como o interesse econômico se sobrepõem a grande parte de outros princípios, visto que mesmo inicialmente se tenha construído uma concepção religiosa e moral de que o uso de tabaco era uma prática “diabólica” e ruim, e atualmente constar estudos e propagandas a respeito dos seus malefícios, ele ainda continua sendo uma droga legalizada, em virtude de ter se difundido globalmente e ser muito lucrativo. Além disso, o Tabaco demonstra como as finalidades e as maneiras de como ele era utilizado foi mudando conforme o passar do tempo, dos povos e das classes sociais que o consumiam, mostrando assim que até dentro de uma mesma sociedade, no mesmo período, existem diferenças no uso para determinadas substâncias.

Voltando para o período colonial, o açúcar foi uma das SPA mais importantes do período, principalmente para economia, uma vez que era um dos principais produtos para exportação. Barbosa (2014) aponta que durante o período colonial, tanto o açúcar como o café e o álcool eram considerados pertencentes a mesmas categorias, pois conseguiam cada um, de formas diferentes, nutrir, dar prazer e aliviar dores físicas e mentais, além de não haver a necessidade naquela época

de distinguir drogas de comidas e remédios, como na modernidade. Em concordância, Torcato (2016) explica que por mais que atualmente o açúcar não seja mais categorizado como uma droga, é necessário considerá-lo dentro dos padrões adotados para outros psicoativos.

O uso abusivo de açúcar assim como de outras SPA, pode causar danos à saúde, além de que, segundo Torcato (2016), o açúcar teve um processo histórico parecido como de outras drogas, sendo comercializado primeiramente como especiaria e para fins medicinais, sendo que com o passar do tempo seu preço foi diminuindo e conseqüentemente sua popularidade aumentou. O autor ressalta que o açúcar teve um grande destaque por ter um papel de “acompanhante de outras drogas”, pois ele era incorporado às bebidas que surgiam, tornando-as mais atrativas e mais populares, além disso ele era utilizado nos preparados de cânhamo e de ópio na Ásia.

Outras substâncias estimulantes parecidas com o açúcar são o café, a erva-mate e o guaraná, pois como muitas dessas substâncias estão presentes no cotidiano da população brasileira, acabam por camuflar seus efeitos psicoativos. A respeito dessas SPA, Torcato (2013) esclarece que o café que se tornou um emblema nacional, sendo a principal mercadoria da economia brasileira entre os séculos XIX e XX; o guaraná que inicialmente era visto como um afrodisíaco e capaz de proteger contra vermes e malária, descobriu-se em 1826 que seu agente ativo era o mesmo do café e do chá; por fim, a erva-mate foi difundida no Brasil e no restante do sul da América.

As SPA como açúcar, café, guaraná e a erva-mate são substâncias que já foram tão incorporadas na cultura de diversos países, inclusive do Brasil, que passam a ser mais vistas como “alimentos” do que como psicoativos pelo imaginário coletivo. Nesse sentido, mostrando como alguns psicoativos estão inseridos no cotidiano da população brasileira, existindo uma variedade de substâncias, que não necessariamente vão causar grandes danos aos usuários, pois cada uma delas terá efeitos diversos, em organismos diversos. Entretanto, por mais que os danos desses estimulantes sejam menores na maioria dos indivíduos, assim como outros entorpecentes, se houver um abuso do seu consumo, acabam por impactar negativamente a saúde.

A cachaça é outra bebida alcoólica de grande importância cultural e econômica para o Brasil, conforme exposto por Torcato (2013), no Brasil os engenhos de açúcar promoviam a instalação de alambiques, fenômeno esse que resultou na popularização do destilado de cana, mais conhecido como cachaça, produto importante na economia açucareira. Em complemento, Barbosa (2014) explica que o motivo que estimulou os donos de engenhos a produzirem a cachaça, foi a dificuldade do açúcar brasileiro em competir com o açúcar produzido nas Antilhas, dessa forma a

cachaça foi uma maneira de contornar a situação e gerar bastante lucro, entretanto a produção da cachaça foi feita grande parte na clandestinidade, em virtude de que no século XVII a produção da bebida foi proibida por Portugal, para evitar concorrência com o vinho do Porto.

Torcatto (2013) destaca que há registros sobre uma aguardente de cana que era utilizada no comércio de escravos e também como bebida local desde o século XVI, entretanto até o século XVII ela era comercializada apenas como medicamento ou produto de luxo, sendo apenas no século XVIII que seu uso passa ser vulgarizado e se torna um símbolo da brasilidade. Em consonância, Barbosa (2014) aponta que a cachaça passa a possuir dois aspectos, o primeiro referente a bebida do negro, como aguardente da terra e o segundo como fonte de identidade nacional. A respeito do uso da cachaça nessa época, Torcatto (2013) expõe:

Essas fortes bebidas alcoólicas podiam ser consumidas em várias ocasiões, como antes do almoço para “abrir o apetite” ou nas conversas no final da tarde. No interior dos registros, entretanto, existe ênfase na predileção das classes menos favorecidas pela aguardente de cana, independente de gênero, condição social – livre ou escravo – e cor. Certamente, elas eram apreciadas “pelos efeitos próprios das bebidas espirituosas, mas não se pode ignorar o nível calórico existentes nas bebidas alcoólicas e a importância que este fator devia assumir em dietas pobres e insatisfatórias, como era a dos escravos”. (TORCATTO, 2013, p.119).

Conceição (2019) acrescenta que durante o Brasil colônia, a aguardente era vista pelos senhores como um estimulante para os escravos em trabalhos mais árduos. A autora salienta que durante esse período a aguardente juntamente com o tabaco eram as principais drogas de circulação e ingestão no país, sendo utilizadas como moeda de troca e que somados foram responsáveis por adquirir aproximadamente 48% dos escravos comercializados na América Portuguesa entre 1701 e 1810. A cachaça, assim como o cauim, reforça esse caráter de complemento alimentício de dietas pobres, principalmente por seu caráter calórico, mostrando assim a importância dessas bebidas para determinados grupos sociais da época, e também na atualidade, visto que pessoas em situação de rua ainda fazem uso da cachaça para complementar suas dietas pobres e suportar as condições precárias que enfrentam.

Além disso, assim como o tabaco a cachaça demonstra o poder do interesse do capital em definir uma droga é lícita ou ilícita, pois mesmo que ela tenha sido proibida, por se constituir como uma alternativa viável para lidar com a crise do açúcar, ela continua sendo comercializada até ser legalizada, ademais ela teve muito valor de troca comercial, assim como incentivo para aumentar a produção dos escravos, ou seja, mesmo sendo associada aos povos pretos, isso não foi o bastante

para proibi-la, diferente da maconha que será relatada a seguir, pois havia muito interesse econômico nessa bebida.

Além dessas substâncias, Martinez, Almeida e Pinto (2009) relatam o consumo de outras plantas alucinógenas por comunidades indígenas, como a jurema que pode ser consumida no formato de vinho ou fumada no cachimbo, utilizadas pelo pajé com finalidade de permitir o contato com espíritos ancestrais. Os autores, denotam que o consumo da jurema também está presente em rituais afro-brasileiros, isso se explica devido ao contato entre os negros e os índios. Torcato (2013) elucida que a jurema é uma árvore originária da caatinga do nordeste brasileiro, sua casca costuma ser misturada com bebidas alcoólicas ou fumada, possuindo de acordo com Castro Neto e Couto Filho (2023) o mesmo princípio ativo da ayahuasca, o N,N-dimetiltriptamina – DMT, um potente alucinógeno.

A ayahuasca, uma das plantas alucinógenas do Brasil, como expõem Martinez, Almeida e Pinto (2009) era uma bebida utilizada por aproximadamente 72 grupos indígenas que habitavam a Amazônia Ocidental, como instrumento para reencontrar os antepassados mortos, a bebida era preparada de formas diferentes, variando conforme a tradição de cada grupo. A partir desses rituais religiosos, surgem novas religiões fundamentadas no uso da ayahuasca, a respeito do surgimento dessas novas religiões, Torcato (2013) explica:

As dinâmicas econômicas e sociais que levaram ao desenvolvimento urbano na região amazônica também popularizaram o uso de ayahuasca nas regiões da periferia – fenômeno conhecido como vegetalismo. Curandeiros populares emergem como um personagem urbano, ressignificando cultos xamânicos e promovendo práticas terapêuticas e de diagnósticos, muitas vezes incorporando elementos do catolicismo popular. No Brasil, surgem as religiões ayahuasqueiras, cujas mais conhecidas são a União do Vegetal e a Barquinha Inicialmente perseguida pela medicina oficial e, posteriormente, pelo seu caráter de droga, consegue reconhecimento oficial, na década de 1980, graças ao princípio da liberdade religiosa. (TORCATO, 2013, p. 119).

A maconha ou cannabis também é outra planta com características psicodélicas consumida no Brasil, Torcato (2013) relata que esta planta foi introduzida no Brasil através do contato com os europeus e a partir dos escravos africanos, disseminando para os mestiços e indígenas do norte e nordeste. O autor expõe que os escravos plantavam a maconha dentre as plantações de cana, e nos períodos de inatividade, eles tinham a permissão dos senhores para fumarem a planta, além do uso recreacional, também foram desenvolvidos usos variados para a planta, como: medicinais, terapêuticos, místicos, religiosos, euforizantes e para produção de fibras

e derivados. Em consonância, Conceição (2019) descreve que os negros escravizados usavam a maconha também popularmente conhecida como “pito de Angola” ou “fumo de Angola”, em seus rituais religiosos e/ou como forma de resistência, onde buscavam “estabilizar” a relação entre os senhores e os escravizados.

A respeito do uso da maconha no Brasil, MacRae (2014, p. 37) ressalta que o consumo dessa planta era visto “como proveniente da África e associado quase que exclusivamente à população pobre, negra e indígena, principalmente das regiões Nordeste e Norte do país”. O autor acrescenta que após a abolição da escravidão, as elites começaram a ter receio dessas populações em situação de vulnerabilidade socioeconômica, o que acarretou no surgimento de um discurso eugenista em prol da “melhoria da raça brasileira”, resultando na desqualificação das práticas culturais de origem africana, como candomblé, capoeira e o uso da maconha, sendo consideradas como causadoras de doença mental.

Dessa forma, a maconha se difere do tabaco e da cachaça, pois não teve tanto impacto na economia brasileira da época, então mesmo as três SPA serem primariamente associados a minorias étnicas e raciais, quem foi perseguida e proibida devido concepções eugenistas e racistas foi a maconha. Isso ocorre, pois ela não tinha serventia para as classes dominantes, visto que não havia tanto valor econômico na época e elas não utilizavam pois era uma prática de minorias sociais de classes mais baixas, assim reforçando ainda mais os interesses econômicos em definir drogas legais e ilegais.

Algo parecido aconteceu com a ayahuasca, por ela não ter tanto impacto econômico e ser associada a classes mais baixas e minorias sociais ela começa a ser perseguida e proibida, entretendo quando ela começa a desempenhar um papel chave em algumas religiões, o seu uso começa a ser permitido, mostrando assim que os valores religiosos são importantes também para categorizar psicoativos ilícitos e lícitos. Entretanto, vale ressaltar que essas religiões ayahuasqueiras têm incorporados nelas princípios cristãos e católicos, ou seja, não basta ter um valor religioso, tem que estar em conformidade com os valores religiosos dominantes de determinado grupo. Como foi possível visualizar muitas drogas eram incorporadas em rituais religiosos indígenas e africanos, entretanto por serem distintas acabaram sendo perseguidos e proibidos.

Em conformidade com Torcato (2013), os derivados do opiáceos, éter, clorofórmio e da cocaína foram incluídos no contexto brasileiro devido às suas utilidades medicinais. Entretanto o

autor aponta que durante a Guerra de Secessão (1861-1864) devido principalmente a popularidade da morfina presente durante esse período, foram encontrados os primeiros relatos de abuso de morfina no país, sendo que em 1878 é desenvolvido o conceito médico de morfinomania, para enquadrar pessoas com usos problemáticos dessa substância. Nesse sentido o autor destaca que no final do século XIX, os usos dessas novas SPA não eram restringidos apenas para finalidades terapêuticas, passando a ser consumidas para fins recreacionais principalmente pelas elites brasileiras e sendo um mecanismo de distinção social. Em concordância, a respeito das primeiras leis que proibiam o uso de SPA e de distinção social, MacRae (2014) destaca:

As primeiras leis promulgadas para tratar de temas relacionados às “substâncias venenosas”, à embriaguez e à venda de bebidas alcoólicas só se voltavam para os chamados “vícios elegantes”, incluindo o ópio, a morfina e a cocaína, usados geralmente por jovens brancos das classes altas, em locais de boemia, como bares e bordéis. Os problemas que o “ópio do pobre”, a maconha, poderia trazer para a saúde da população negra não interessavam aos médicos e legisladores. Quando o governo ditatorial de Getúlio Vargas sentiu, no entanto, a necessidade de controlar mais rigidamente essa população, a Cannabis foi acrescentada à lista de entorpecentes banidos. Isso ocorreu em 1932, antes mesmo de os americanos proibirem o uso da planta. (MACRAE, 2014, p. 38).

Dessa forma, é possível perceber o descaso com a população negra e pobre, onde a maconha só é proibida como forma de reprimir essa população. Assim, MacRae (2014) aponta que em decorrência da criação desse aparato legal, foram desenvolvidas ações para reprimir locais de socialização e recreação, medidas que afetaram principalmente a população negra e mestiça do norte e nordeste do país. O autor complementa que nesse período, as práticas de repressão do uso da maconha servem como mecanismos potencializadores de discriminações e preconceitos, raciais e de classe, com o intuito de disciplinar as condutas sociais das populações pobres do Brasil. Em complemento, Conceição (2019) ressalta:

Com o aumento das cidades, aumentava-se na mesma proporção, o uso de drogas por toda a população e conseqüentemente os que se preocupavam com a repressão. Salientamos que esta repressão, não se destinava exclusivamente ao uso das substâncias psicoativas, mas as manifestações culturais e religiosas da população negra, a citar capoeira, samba e as manifestações religiosas, símbolos de uma construção da coletividade da população negra. (CONCEIÇÃO, 2019, p. 5-6).

Assim, é possível observar que a questão do uso de SPA, não se restringe apenas ao seu consumo, mas também incide na pessoa que a utiliza, deste modo, se torna necessário compreender que historicamente o uso de drogas está vinculado a questões de classe e raça/etnia. Uma vez que,

algumas drogas por serem utilizadas pelas populações pretas, pardas, indígenas e pobres, começavam a ser perseguidas e proibidas. A maconha por exemplo, Silveira e Doering-Silveira (2014) explicam que por mais que a maconha seja uma droga ilícita, dificilmente causará os mesmos danos de outras drogas ilícitas como a cocaína, enquanto o álcool que é uma droga legalizada é tão problemático e prejudicial quanto as drogas ilegais, mostrando assim que a nossa cultura é mais tolerante ao consumo de drogas legalizadas como: álcool, medicamentos, tabaco, entre outras. Em complemento, Oliveira *et al.* (2023) explicitam:

A realidade social é complexa e repleta de contradições, inclusive ao se analisarem as definições e diferenciações entre SPA lícitas e ilícitas e a relação destas com os processos de saúde e adoecimento, a exemplo do que foi demonstrado no último relatório do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime ao revelar que a *cannabis* continua sendo a SPA ilícita mais consumida no mundo, o que não se traduz, todavia, em maior risco à saúde. (OLIVEIRA *et al.*,2023, p. 134).

Dessa maneira, percebe-se que o determinante para que uma droga seja lícita ou ilícita, não se limita apenas a sua toxicidade, abrangendo questões culturais, de raça/etnia e de classe. Em concordância, Scheffer e Quixaba (2015) ressaltam que os usuários de drogas estão inseridos em uma concepção histórica e neoliberal, onde são retratados como classes “perigosas e “incivilizadas”, sendo que essa população já sofre historicamente com o racismo e está se agravando devido aos estereótipos de pessoas “perigosas”, “marginais” e vagabundos”. Então, por mais que Conceição (2019) destaca que o uso de drogas é considerado uma conduta desviante dos padrões pré-estabelecidos pela sociedade capitalista ocidental, é fundamental refletir a respeito de qual substância e quem é o indivíduo que está utilizando-a, de forma a entender os reais impactos da construção das visões preconceituosas sobre o uso de SPA e de seus usuários, que permeiam o imaginário coletivo brasileiro.

Nesse sentido, Scheffer e Quixaba (2015) apontam que debater a respeito da temática de drogas no Brasil é sempre polêmico, principalmente devido aos “valores conservadores da ancestral sociabilidade capitalista”. Em complemento Gomes-Medeiros *et al.* (2019) esclarece que a temática das drogas só se consolidou como um problema social, sendo debatida e alvo de preocupação social e de Estado ao longo do Século XX, passando a ser discutidas sob a ótica da medicalização, da criminalização e da moralização. Deste modo, se entende que historicamente se criou uma visão preconceituosa e estigmatizante sobre o uso de drogas, e também de seus usuários, visto que esse tema ao longo da história foi abordado sobre preceitos moralistas e conservadores,

sendo influenciado também por preconceitos raciais, étnicos e de classe conforme visto ao decorrer do texto.

O consultor na área de direitos humanos ligados ao uso de drogas, Siqueira (2013), em entrevista para o portal (Em)cena, projeto vinculado a Universidade Luterana do Brasil – Ulbra de Palmas (TO), elenca três tipos de visões que historicamente estão presente na sociedade brasileira, sendo elas:

O primeiro é o olhar da saúde, que vê no uso de drogas uma doença chamada dependência química e propõe como tratamento a clínica psiquiátrica, felizmente a gente vem descobrindo que hospital psiquiátrico não serve para nada, não serve nem para louco. Há uma tendência em transformar o usuário de drogas no novo louco. Como vivemos em uma sociedade capitalista, esse conceito da saúde que vê no uso de drogas uma doença chamada dependência química e que propõe a clínica psiquiátrica como forma de atenção, divide a sociedade em dois grupos: quem tem dinheiro e vai ter acesso às clínicas particulares, e quem não tem dinheiro e depende de serviços como o Centro de Atenção Psicossocial em Alcool e outras Drogas (CAPS AD). Com o fechamento dos hospitais psiquiátricos os CAPS AD passam a fazer o trabalho com os usuários de drogas, desinternando, atendendo essas pessoas de uma nova maneira, baseada no conceito de redução de danos. O segundo olhar sobre as drogas é o da justiça, que não a vê como doença, mas sim como um delito. O tratamento, portanto, não é a clínica psiquiátrica, é a punição. Essa visão também divide a sociedade em dois grupos: quem tem dinheiro para contratar um advogado, e quem não tem e vai preso. O terceiro e último olhar, é o mais antigo, o das religiões. Ela não vê nem como doença, nem como um delito, ela vê como um pecado, portanto, o tratamento não é nem a clínica psiquiátrica nem a punição, é a conversão. A religião é, por sua vez, a única que não divide, não separa ricos e pobres. Se você está convertido estará curado e o problema está resolvido. Quem usa drogas ou é doente, ou é delinquente ou é pecador, então ele raciocina e reage de acordo com aquilo. (SIQUEIRA,2013).

Essa visão dicotômica sobre uso de SPA, sobretudo das ilícitas, contribui para uma visão sobre a temática das drogas reducionista, onde o consumo de drogas passa a ser retratado apenas como algo ruim, pecado, causador de doenças e transtornos mentais, e necessário punição. Dessa forma, se entende que não há uma preocupação do motivo que faz com os usuários consumam essas substâncias, não se considera o contexto em que eles estão inseridos, apenas os culpabilizam. Essa visão vai contribuir principalmente para criação de preconceitos e estigmas contra classes mais vulneráveis e minorias sociais, pois são os indivíduos que por não terem como mais manter seus vícios podem adentrar ao mundo do crime, ou seja, como a condição de dependência através dessa visão dicotômica é culpa deles, as ações em decorrência dessa condição serão voltadas para fomentar mais ódio em relação a essas pessoas.

Segundo MacRae (2014), as atribuições de características negativas às drogas ilícitas e seus usuários, tem sido um importante instrumento de manutenção das desigualdades da sociedade

brasileira, dado que se cria um estereótipo de que os usuários de drogas são irresponsáveis e incapazes de gerir adequadamente a sua vida, dessa forma o indivíduo é culpabilizado por sua situação, enquanto os problemas estruturais da sociedade são omitidos. Em conformidade, Scheffer e Quixaba (2015) destaca que estamos inseridos em uma sociedade que classifica as pessoas em “mocinhos” e “bandidos”, no qual fatores como a pobreza, a falta de estudos e a falta de oportunidades são determinantes para criminalizar e rotular classes mais vulneráveis como “bandidos”, onde esses estereótipos discriminatórios são amparados pela desigualdade social e pela falta de oportunidades igualitárias. MacRae (2014) explica:

Formadores de opinião, como políticos, líderes religiosos, jornalistas e policiais, elegem um inimigo imaginário: o “drogado” ou “viciado”, para servir de bode expiatório. É ele o responsabilizado por todos os problemas que afligem a sociedade. Sob o pretexto de combatê-lo e ao tráfico que lhe sustenta, são propostas medidas repressivas que, de fato, servem, primordialmente, para a manutenção do sistema político-econômico. (MACRAE, 2014, p.37).

Para Teles e Valladares-Torres (2022), a mídia colabora para construção do pensamento social estigmatizado, através de notícias e reportagens de caráter sensacionalistas que vinculam o uso de SPA ao crime e ao perigo, dessa forma potencializando a exclusão social e preconceito que populações vulneráveis já sofrem, fazendo com que esses indivíduos sejam evitados e se tornem invisíveis perante a sociedade. As autoras acrescentam que os rótulos oriundos do processo de estigmatização, geram consequências negativas para as famílias dos adictos¹ e para a comunidade, além de que o processo de exclusão que a estigmatização acarreta, potencializa fragilidades já existentes e dificulta a inserção social do dependente de drogas, assim como em seu tratamento e reabilitação psicossocial. Em consonância, Ribeiro *et al.* (2020) explicitam:

Em relação às suas particularidades diante da mídia brasileira, os indivíduos são tidos como estereótipos, menosprezados, sentindo-se que sua identidade seja desconstruída na sociedade, carência no recebimento de cuidados em saúde e minimização das oportunidades de vida, onde criminalizam comportamentos frente ao seu encarceramento, mesmo que o consumo leve prejuízos individuais. (RIBEIRO *et al.*, 2020, p. 14).

Scheffer e Quixaba (2015) destacam que grande parte dos usuários de SPA realizam seu consumo de forma velada, ou seja, escondendo sua dependência de colegas de trabalho, amigos e familiares, com o intuito de não serem julgados, marginalizados e nem estereotipados. Ademais,

¹ Adicto é um termo utilizado pela Organização Mundial de Saúde para referir aos dependentes químicos.

Teles e Valladares-Torres (2022) observam que o estigma e o preconceito são reproduzidos até entre os próprios dependentes de drogas, onde os usuários que só consomem álcool, acreditam que são superiores a outros usuários de outras drogas, como o crack, essa diferenciação entre os usuários de drogas diferentes, dificulta a criação de vínculos entre eles, assim como na sua inserção social. Teles e Valladares-Torres (2022) salientam que essa autoestigmatização ocorre quando esses indivíduos interiorizam toda a negatividade presente no imaginário social, de que a conduta do uso de drogas é interpretada como falha da moralidade individual, o que acarreta na diminuição da autoestima por parte desses indivíduos.

Nas perspectivas de Teles e Valladares-Torres (2022), o estigma relacionado ao uso de drogas interfere negativamente no acesso aos serviços de saúde da população usuária SPA, pois essas pessoas acabam criando resistências e barreiras em procurar serviços da área da saúde, principalmente devido ao preconceito e estigmatização que sofrem tanto dos profissionais da área da saúde, como dos outros usuários do sistema, além de saberem que se forem identificados como usuários de drogas, isto afetará na qualidade do atendimento ofertado. As autoras também chamam atenção para o estigma no âmbito familiar, visto que este acaba por aumentar os sofrimentos dos adictos quando eles são enxergados apenas como “viciados”.

Por fim, Scheffer e Quixaba (2015) ressaltam que o estigma que os usuários de SPA sofrem dificulta o ingresso dessa população na sociedade “civilizada”, pois diminui suas oportunidades, como acesso à educação e ao mercado de trabalho formal, o que acarreta no aumento da dependência desse público. Deste modo, entender os impactos do estigma social que pessoas usuárias e dependentes de SPA se torna vital, pois influencia em como essas pessoas serão vistas pela sociedade e em como elas mesmas se enxergam, dificultando assim, muitos adictos a reconhecerem seus vícios, uma vez que reconhecer seu estado, é reconhecer todos os paradigmas que advém com ele, além de dificultar na procura por ajuda e na reinserção social desse público, contribuindo para manutenção do estado da dependência e conseqüentemente, culpabilização do indivíduo por sua situação.

1.2 Proibicionismo e guerra às drogas no Brasil

O consumo e comércio de algumas drogas foi perseguido e proibido ao decorrer da história, como a maconha, a cachaça, o cauim e o tabaco em seu surgimento, como visto no primeiro tópico. Entretanto, na modernidade surge um movimento voltado para proibir o consumo e o comércio de drogas em uma escala muito maior, denominado proibicionismo, que de acordo com Fiore (2012), é um modo simplificado de “classificar o paradigma que rege a atuação dos Estados em relação a determinado conjunto de substâncias”. O autor explica que o proibicionismo teve grande influência no entendimento contemporâneo das SPA, uma vez que estabeleceu “limites arbitrários” sobre quais drogas poderiam ser consumidas de forma legal e ilegal, se constituindo como um importante marco para se compreender o fenômeno do uso contemporâneo de psicoativos.

Contudo, o que contribui para a incidência de um movimento voltado para proibir o consumo e comércio de determinadas SPA? O que diferencia as proibições de determinadas drogas antes e depois da modernidade? Para responder esses questionamentos e compreender a incidência do proibicionismo, Torcato (2013) destaca o desenvolvimento do comércio transoceânico e dos impérios europeus, como fatores importantes para se entender o surgimento do proibicionismo, visto que eles foram responsáveis por intensificar o consumo de SPA ao redor do mundo. Dado que, algumas drogas passaram a ser comercializadas e transportadas para outros países e continentes, dessa forma facilitando o acesso a determinadas drogas por vários países, mudando assim o contexto social, econômico e de saúde pública de vários países.

Courtwright (2002) denomina esse fenômeno da mundialização de determinados psicoativos como “Revolução Psicoativa”, e classifica em dois grupos as SPA que mais foram beneficiadas pelos comércios transoceânico, sendo o primeiro o grupo de substâncias que não conseguiram proibir, composto pelo álcool, o açúcar e o tabaco; e o segundo grupo de substâncias proibidas, composto pelo ópio, a cannabis, a coca e seus derivados (*apud* Torcato 2014, p. 139). Então diante desse novo cenário de intensificação do uso de drogas, e mudança no contexto social, econômico e de saúde pública de diversos países, se criou a necessidade de os Estados intervirem a respeito desse novo fenômeno das drogas, através de discursos, estratégias e interesses diferentes, surgindo assim, o proibicionismo ou também chamada de contrarrevolução. De acordo com Torcato (2013), a revolução psicoativa teve a seguinte implicação:

Tal quadro levou a uma crescente preocupação das classes dominantes com esse consumo e com os hábitos, principalmente em uma conjuntura global de crise do trabalho compulsório e a proliferação do assalariamento. Existia a percepção, pela ascendente classe burguesa, dos prejuízos trazidos à disciplina necessária ao trabalho pelo consumo imoderado de álcool. (TORCATO, 2013, p.117).

Percebe-se que a preocupação com o consumo de drogas pela classe burguesa não estava voltada para saúde individual e coletiva das pessoas, mas sim com a preocupação com a produção da classe trabalhadora, contribuindo para entender que a questão de drogas perpassa também pela luta de classes, visto que por interesses econômicos a classe dominante tenta suprimir hábitos que julguem prejudiciais a produção, não a saúde.

Todavia, Fiore (2012) sustenta que o proibicionismo não pode ser explicado apenas por uma motivação histórica, uma vez que seu surgimento se deu em uma conjunção de fatores, incluindo a “radicalização política do puritanismo norte-americano, o interesse da nascente indústria médico-farmacêutica pela monopolização da produção de drogas, os novos conflitos geopolíticos do século XX e o clamor das elites assustadas com a desordem urbana. Não obstante, a Revolução Psicoativa é um importante fator histórico, que contribui para compreender como a questão das drogas surge como problemática, necessitando de intervenção estatal.

Em complemento, Gomes-Medeiros *et al.* (2019) apontam que ao longo do século XX o proibicionismo se tornou uma prática hegemônica dos Estados para lidarem com as questões relacionadas às drogas, surgindo a partir de fatores sociais, políticos e econômicos. Os autores também destacam o papel da pressão moralista e conservadora contra drogas presentes no final do século XIX e início do século XX no processo de elaboração e fundamentação das leis sobre psicoativos. Caliari e Agapito (2024) acrescentam que o proibicionismo, se trata do posicionamento ideológico e moral no que tange a problemática das drogas, além da busca por controle econômico.

Na perspectiva de Carvalho (2011), são os fatores socioculturais, o aspecto econômico e o conservadorismo cristão que contribuem para o surgimento da contrarrevolução no fim do século XIX, ele ressalta que os aspectos econômicos tiveram grande influência, em razão dos interesses da indústria farmacêutica em monopolizar a produção e comércio do ópio e da cocaína, além do interesse da classe médica em extinguir o xamanismo e/ou curandeirismo. Ademais, a respeito dos discursos que sustentam o proibicionismo o autor aponta:

Nos mais de cem anos de normalização sobre as chamadas drogas, verifica-se que entre o conjunto de discursos está o da proteção e segurança, alega-se que tais substâncias são nocivas a vida. Assim, para preservar a vida, para evitar a possibilidade de destruição, por tais substâncias nocivas, daqueles que as consomem, inicia-se uma guerra contra os vendedores e consumidores. (CARVALAHO, 2011, p. 2)

No entanto, é possível observar que a proibição das drogas na modernidade, é fundamentada em diversos fatores e interesses diferentes, que vão além do prejuízo que as drogas podem trazer para os usuários e para a saúde individual e pública, estando principalmente voltados para interesses econômicos e de classe, além de serem fundamentados em sua grande maioria na moralidade e conservadorismo. É relevante destacar a questão da tentativa da classe médica em tentar proibir determinadas substâncias mais acessíveis para determinados grupos sociais, para monopolizar e condicionar esses sujeitos a consumirem as drogas que eles forneciam, assim mercantilizando a saúde.

A respeito das políticas voltadas para o controle do uso e comércio de drogas, Torcato (2014) esclarece que elas ocorreram de forma universal, entretendo de forma a considerar as especificidades de cada país. Por exemplo, na China, o movimento proibicionista começou voltado ao combate do ópio, iniciado por estudantes modernista em contraposição às elites imperiais conservadoras, e missionários ocidentais que viam o ópio como obstáculo para a conversão religiosa (Dikotter, 2004 *apud* Torcato, 2014, pág. 141). Já nos Estados Unidos - EUA, conforme descrito por Torcato (2014), o movimento proibicionista teve seu início sob duas vertentes, a primeira voltada para questões étnicas e raciais contra minorias sociais, em específico chineses, negros e latino-americanos, a segunda voltada para o avanço do Movimento Social Temperança, o qual é embasado por fundamentos puritanos.

Corroborando, Caliarí e Agapito (2024) expõem que a raça, a religião e a etnicidade estavam intrinsecamente ligadas ao movimento proibicionista nos Estados Unidos, principalmente pelo fato que os EUA viam a imigração como uma ameaça para sua nação. Nesse sentido, Torcato (2016) retrata que os EUA por mais que seja um país formado por imigrantes, acaba por perseguir e proibir substâncias vinculadas a determinados grupos étnicos e imigrantes, como os chineses com o ópio, os mexicanos com a Cannabis e os negros do sul que eram associados à cocaína e a heroína. Um exemplo foi a criação do *Chinese Exclusion Act* de 1882, que segundo o autor, visava proibir a imigração de chineses, devido a uma série de conflitos que a migração chinesa ocasionava, além dos chineses estarem associados ao consumo e comércio do ópio.

Assim, a intolerância constitui um pilar importante na determinação de substâncias ilegais ou ilegais, pois ao vincularem elas aos preconceitos já existentes de minorias sociais na sociedade, contribui para acentuar os estigmas que esses indivíduos sofrem, visto que começa haver uma generalização desse grupo, e além do preconceito esses sujeitos passam a sofrer o estigma das drogas. É interessante que por mais que a discriminação de determinados grupos sociais seja o estopim para que algumas SPA sejam proibidas, nem sempre ela é suficiente para que essas substâncias continuem proibidas, a maconha por exemplo mesmo sendo proibida principalmente por esse motivo, hoje em dia já é legalizada em alguns países, inclusive em mais da metade dos Estados dos EUA, mostrando assim como os valores impactam na percepção da problemática das drogas.

Entender o movimento proibicionista nos EUA é relevante para entender como o proibicionismo se instaurou internacionalmente e reverberou em vários países, incluindo o Brasil, dado que os EUA tiveram bastante influência na criação das conferências internacionais que abordavam estratégias e posicionamentos para controlar o comércio e consumo de determinados psicoativos, além de pressionar alguns países para adotarem as definições estabelecidas nas conferências. Em concordância, Carvalho (2011) relata que a concepção de lícito e ilícito só surge com o fortalecimento dos movimentos proibicionistas dos EUA no decorrer do século XX, mostrando assim, a importância e influência que os EUA tiveram para o movimento proibicionista internacional.

Todavia, Torcato (2013) afirma que alguns autores têm pontuado o papel dos EUA na defesa e instauração do proibicionismo, embora o autor reconheça que esse movimento não possui a autoria de um ou outro país, sendo um movimento transnacional. Em contrapartida, Caliar e Agapito (2024) sustentam que as convenções internacionais que buscavam controlar o comércio do ópio e seus derivados, surgiram devido às consequências das guerras do ópio, conflito este protagonizado pela Inglaterra e a China, devido a disputa imperialista na Ásia.

Carvalho (2011) acrescenta que as primeiras conferências internacionais, chamadas de conferências do ópio, ocorreram principalmente por causa da disputa entre EUA e Grã-Bretanha, que se estendeu pelas demais potências mundiais da época, pelo mercado oriental. Entretanto, devido ao *The Chinese Exclusion Act* em 1882, o autor aponta que as relações entre China e EUA eram de tensão, dessa forma o intuito dos EUA em se aproximar da China, era para controlar a entrada de ópio em solo americano e retomar o comércio com os chineses.

Em conformidade, Silva (2013) relata que como maneira de buscar essa reconciliação com a China, os EUA formaram a “Comissão do Ópio” em 1909, reunindo representantes de quatorze potências mundiais da época², e no mesmo ano os representantes da comissão foram convocados para a Conferência de Xangai, a primeira conferência internacional direcionada para o debate da problemática das drogas, onde apenas a Turquia não enviou representante. A autora aponta que a conferência em Xangai teve como objetivo, a reverberação internacional do problema do ópio na China e realização de um panorama mundial da situação, além de que as delegações dos EUA e da China sustentaram a exigência de medidas de controle internacional do ópio mais severas.

Todavia, Brandão (2017) ressalta que os esforços norte-americanos de fomentar uma guerra contra o uso recreacional do ópio, na conferência de Xangai, foram inicialmente falhos, visto que os outros 11 representantes não manifestaram interesse pela proposta. Assim, entre o final de 1911 e início de 1912 ocorre a primeira Conferência Internacional sobre o Ópio em Haia, que de acordo com Silva (2013) era composta por quase todos os representantes da “Comissão do Ópio”, menos o Império Austro-Húngaro.

Silva (2013) salienta que ainda havia dificuldades entre os países participantes entrarem em consenso, porque havia uma preocupação dos governos com as perdas comerciais, já que a indústria farmacêutica era muito lucrativa, por isso mesmo que a questão das drogas fosse reconhecida como um problema internacional, havia ainda uma relutância devido aos interesses econômicos dos países. Em consonância, Torcato (2016) expõe que os impasses percebidos na conferência anterior, que foram responsáveis pelo fracasso da primeira conferência, voltaram a aparecer, o que dificultou uma resolução de consenso, dessa maneira foi decidido que as medidas só seriam implementadas quando todos os países, incluindo os que não participaram do evento assinassem o tratado. A respeito desses impasses o autor destaca:

Países com grande produção, como Turquia, Áustria-Hungria, Suíça, Peru e Bolívia simplesmente não compareceram. Isso gerou protesto da delegação alemã, que não aceitava assinar um acordo sem a presença de outros produtores. Portugal, que colonizava Macau, e a Pérsia não aceitaram os controles que seriam postos sobre sua produção. A Holanda tinha enormes plantações de coca nas suas colônias orientais, Java principalmente, e não estava disposta a diminuir sua produção. Japão e China estavam em conflito, com tradicional queixa chinesa a respeito do envenenamento sistemático do seu povo. A Itália se retirou no segundo dia, pois aceitava discutir se a *Cannabis* fosse incluída na lista. (Torcato, 2016, p. 145).

² Alemanha, Áustria-Hungria, China, Estados Unidos, França, Grã-Bretanha, Holanda, Itália, Japão, Pérsia, Portugal, Rússia, Sião e Turquia.

Compreende-se que a perspectiva da droga como uma mercadoria é bastante forte, pois como constatado acima, um dos principais receios dos países era de perder espaço nesse mercado de drogas, pois era altamente lucrativo, então assinar o tratado seria entregar o monopólio para países que não assinassem. Deste modo, é possível perceber que as drogas em alguns momentos passam a ter mais valor do que o próprio usuário, ou seja, os países não estão preocupados com os danos aos indivíduos, mas sim com o lucro que essa mercadoria traz.

Contudo, a conferência de Haia foi muito importante para o desenvolvimento do proibicionismo, pois de acordo com Silva (2013), na conferência, os delegados puderam formular um projeto de convenção e submeter a seus governos, o que resultou que em janeiro de 1912, alguns países já aderissem à Convenção de Haia, que visava tanto o controle da produção do ópio, quanto da proibição do seu uso para fins não medicinais. Dessa forma, a autora salienta que a Convenção de Haia, além de ser o primeiro tratado internacional que versava sobre o controle de drogas, como a cocaína, o ópio e seus derivados, também serviu como arcabouço normativo e modelo para outras legislações que a sucederam.

Em contrapartida, Berridge (2013) *apud* Torcato (2016) afirma que apenas 8 países haviam ratificado a *International Opium Convention* de Haia até 1914, desse modo, mostrando que os impasses não se resolveram tão facilmente. Dessa forma, Torcato (2016) alega que a Primeira Guerra Mundial foi muito relevante para resolver o problema da adesão dos demais países, visto que com o conflito, muitos países que aderiram a guerra precisavam angariar fundos, e uma das alternativas utilizadas por esses países era aumentar a produção de psicoativos, o que aumentou o contrabando e agravou a problemas relacionados às drogas. Além disso, segundo Berridge (2013) *apud* Torcato (2016) foi que com o término da Primeira Guerra Mundial, a Convenção de Haia foi incluída no Tratado de Versalhes (1919).

Dessa forma, foi necessário um conjunto de fatores e um contexto altamente conturbado para que de fato houvesse a expansão da ideologia proibicionista, constando por sua vez, como o interesse econômico contribui para categorização das SPA como boas ou ruins. Uma vez que precisou a chegar a uma situação crítica, ou como foi o caso da Alemanha que perdeu a guerra e foi obrigada a assinar o Tratado de Versalhes, para que os países concordassem em seguir a Resolução de Haia, demonstrando essa inversão de valores, onde a lucro se sobressai a vida.

Carvalho (2014) acrescenta que a pausa das conferências devido à Primeira Guerra Mundial, diminuiu o avanço do proibicionismo em escala mundial, porém logo após o seu término, os EUA retomaram as estratégias proibicionistas tanto na política interna como externa. Além disso, Fiore (2012) explicita que por mais que a resolução de Haia, tenha sido deixada de lado devido ao período conturbado das duas guerras mundiais, o modelo elaborado na convenção foi vitorioso.

Segundo Carvalho (2014), devido a esse contexto internacional, onde a Convenção de Haia foi anexada ao Tratado de Versalhes, juntamente com avanços internos dos norte-americanos nas políticas proibicionistas, como a Lei Harrison e a Lei Seca, incentivaram os EUA a convocar uma nova conferência, desta vez através da Liga das Nações. Desse modo, em dezembro de 1924 ocorre a primeira das conferências que integram a Segunda Convenção Internacional do Ópio em Genebra, no qual, de acordo com Brandão (2017) há a tentativa de estabelecer limites para a produção de ópio e coca em várias regiões do mundo. Entretanto, segundo o autor, as intenções dos EUA são frustradas novamente, principalmente por causa da Lei Seca, que vários outros países repudiaram, o que fez com que a delegação estadunidense abandonasse a conferência.

Os resultados da Lei Seca dos EUA evidência como a proibição pode determinadas drogas pode ser ainda mais nociva do que a droga em si, visto que com a proibição de bebidas alcoólicas no país, acabou havendo vendas ilegais, onde as bebidas alcoólicas eram produzidas sem fiscalização, resultado na intoxicação de várias pessoas devido a serem produzidas de maneira irregular. Deste modo, a moral cristã estadunidense da época não conseguiu sustentar a proibição das bebidas, uma vez que sua proibição se tornou caso de saúde pública, devido ao novo contexto de epidemia de intoxicação.

Retomando, Carvalho (2014) alega que o motivo que resultou na saída da delegação norte-americana da Convenção de Genebra, foi a insatisfação com os prazos que estavam sendo estabelecidos para reprimir o ópio bruto e a folha de coca. Além disso, o autor destaca que embora os representantes norte-americanos, juntamente com os chineses, tenham abandonado a conferência, a Convenção de Genebra apresentou significativos avanços, como a criação do Comitê Central Permanente, responsável por realizar a fiscalização mundial das SPA, sendo o primeiro órgão multilateral dirigente pela política internacional de drogas.

Em complemento, Silva (2013) relata que através da Convenção de Genebra, os países acordaram em divulgar informações sobre estatísticas do comércio de drogas que antes eram

confidenciais. Ademais, a autora alega que os países também concordaram em realizar a manutenção de um banco de dados sobre a produção mundial de ópio, assim como sua necessidade na indústria farmacêutica e das suas rotas de comércio e de tráfico, além de acrescentarem a heroína e a *cannabis* nas listas de drogas a serem reguladas. Sendo esses os principais benefícios que a convenção trouxe para o movimento proibicionista internacional.

Outras duas conferências ocorreram em Genebra, a Conferência de 1931 e a de 1936, conforme descreve Carvalho (2014), na Conferência de 1931 foi estabelecida uma cláusula que determinava que os países signatários planejassem medidas e estruturas com o intuito de controle e fiscalização do uso e comércio de drogas em seus territórios, em conformidade com as últimas convenções. Na Conferência de 1936, o autor relata que foi criado o tratado denominado como “Convenção para Repressão do Tráfico Ilícito de Drogas Nocivas”, onde foi estabelecido o comprometimento dos países signatários a elaborarem normas jurídicas para punir severamente, principalmente através de penas privativas de liberdade aos sujeitos que infringissem esses dispositivos legais.

Ademais, em 1961, 1971 e 1988 ocorreram novas conferências para debater a questão das drogas, organizadas pela Organização das Nações Unidas – ONU, que segundo Machado e Miranda (2007) serviram para restabelecer a necessidade da repressão do uso e comércio de drogas. Em complemento, a respeito dessas três conferências que aconteceram após a última Convenção de Genebra, Caliari e Agapito (2024) explicitam que a Convenção Única de 1961 apresentava quatro listas de SPA proibidas e criminalizava dezoito condutas; o Convênio de 1971, repetia e reafirmava o conteúdo da convenção anterior, realizando apenas pequenos ajustes nas regras de criminalização; a Convenção de Viena de 1988, também conhecida como Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas, é considerada pelos autores como a mais repressiva, pois fortalece as medidas repressivas e coloca as drogas como um inimigo a ser combatido.

Essa noção das drogas como um inimigo é perigosa, uma vez que como descrito ao longo do texto, em muitos casos e períodos as drogas são vinculadas a determinados grupos sociais, étnicos e raciais, assim podendo contribuir não para a associação dessas minorias como perigosas, o que contribui para o aumento da repressão em grupos associados a determinadas substâncias. Assim como foi visto no exemplo do ópio nos EUA, onde por ter essa associação com os imigrantes chineses, não só o ópio foi proibido, mas a própria imigração chinesa foi proibida. Mostrando deste

modo, como essa visão pode fortalecer e até amparar a opressão de minorias sociais, em nome do combate ao malefício das drogas.

Além das conferências mundiais é importante ressaltar a criação da Comissão Interamericana de Controle do Abuso de Drogas – CICAD, que de acordo com Carvalho (2011), foi criada em 1986 pela Organização dos Estados Americanos - OEA, na primeira conferência no Rio de Janeiro – Brasil, com propósito de estabelecer uma cooperação multilateral no continente americano no combate ao tráfico de drogas. Em conformidade, Silva (2013) salienta:

As iniciativas interamericanas não constituíram, naturalmente, a primeira incursão internacional na matéria. Foram construídas em cima de um arcabouço jurídico e de uma postura internacional frente às drogas consolidados décadas antes. Viram-se determinadas, em grande medida, pelas evoluções da política norte-americana na matéria. (SILVA, 2013, p. 46)

A contextualização do debate internacional da problemática das drogas é necessária para entender como se deu o desenvolvimento e fortalecimento do proibicionismo no contexto brasileiro, visto que o Brasil participou de várias das conferências sobre drogas que ocorreram. Além disso, como país signatário desses tratados e convenções internacionais, vários discursos e mecanismos para tratar da problemática das drogas foram internalizados. Assim, consolidando e fortalecendo a lógica punitivista e repressora do uso e comércio de drogas no contexto nacional, que já estava ocorrendo no país, porém em uma escala menor.

No Brasil, é possível observar os primeiros indícios de criminalização das drogas no Código Penal de 1890, que tipificava como crime, conforme seu artigo 159 incluso no Capítulo III – Dos Crimes Contra a saúde pública, o ato de “expôr à venda, ou ministrar, substâncias venenosas, sem legitima autorização e sem as formalidades prescriptas nos regulamentos sanitários” (BRASIL, 1890), cuja penalidade era a multa de 200\$ a 500\$000 cruzeiros. Torcato (2013) acrescenta que a proibição da comercialização ilegal da cocaína ocorreu em 1892, através da publicação do Código Sanitário, o qual não previa a punição aos infratores, porém ainda assim havia a incidência da repressão aos usuários e comerciantes ilegais de “tóxicos”.

Por outro lado, Carvalho (2011) ressalta que a primeira lei específica sobre drogas só é sancionada no ano de 1921, pois mesmo o Brasil se comprometendo em seguir o Tratado de Haia, o mesmo só começa a seguir efetivamente em 1921, com as voltas das conferências internacionais

após a Primeira Guerra Mundial. Sendo esta lei, o Decreto n° 4.294, 6 de julho de 1921, que estabelece:

[...] penalidades para os contraventores na venda de cocaína, opio, morfina e seus derivados; crêa um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas; estabelece as fórmulas de processo e julgamento e manda abrir os créditos necessários. (BRASIL, 1921).

Em conformidade, Caliari e Agapito (2024) destacam que foi a partir da Consolidação das Leis Penais de 1932, que o comércio e uso de SPA tidas como ilícitas foram criminalizadas no Brasil, incluindo a pena privativa de liberdade de 1 a 5 anos para os infratores, e substituindo a terminologia de “substâncias venenosas” presentes no Código Penal de 1980, por “substâncias entorpecentes”. Nesse sentido, Brandão (2017) acrescenta que com a consolidação dessas leis, foram previstas diversas formalidades para distribuição e manipulação de drogas, além de aumentar as condutas a serem condenadas. A respeito desse marco na política proibicionista brasileira, o autor enfatiza:

Assim, não obstante às anteriores disposições legais sobre drogas no país, é só a partir de meados da década de trinta que surge, no Brasil, uma verdadeira política proibicionista, criminal e sistematizada, sobre drogas. Forma-se então um sistema punitivo, aliado ao discurso oficial, com objetivos específicos e que se vale de diversos aparatos repressivos especialmente moldados para seus fins. (BRANDÃO, 2017, p.100)

A partir desse marco, foram incorporados novos dispositivos para reprimir e fiscalizar o comércio e o consumo de SPA, conforme descrito por Carvalho (2011) em 1936, foi instaurada a Comissão de Fiscalização de Entorpecentes - CNFE através do decreto n°780/36, mecanismo que se articulava para junto aos estados, realizando mapeamentos e estudos a respeito do comércio e consumo de algumas substâncias de forma a efetivar o controle e repressão dessas condutas. O autor acrescenta que em 1938 houve a promulgação da “Convenção para a repressão do tráfico ilícito das drogas nocivas de 1936” pelo decreto n°2994 de 17 de agosto de 1938, já em novembro do mesmo ano ocorreu a aprovação da “Lei de Fiscalização de Entorpecentes” pelo decreto-lei n° 891, que tinha como objetivo regular de forma eficaz a fiscalização de entorpecentes.

Em acréscimo Caliari e Agapito (2024) descrevem que em 1938 durante a ditadura do Estado Novo, foi promulgado o Decreto-Lei n°891/38, onde as normas jurídicas foram melhor sistematizadas, e constituindo como uma fonte básica para a legislação brasileira a respeito da

temática. Em relação ao Decreto-Lei nº891/38, Carvalho (2014) ressalta que com essa legislação foi responsável por ampliar a lista de SPA proibidas, e de inserir novos mecanismos e estratégias para controlar o comércio e uso de substâncias denominadas como “entorpecentes”. Além disso, o autor destaca a importância dessa legislação, sendo considerada um marco legal no Brasil, instituindo um novo momento da política proibicionista brasileira, e vigorando até a década de 1970.

No período da Ditadura Militar, Carvalho (2011) descreve que em 1964 o modelo de política criminal do Brasil passa de sanitário para bélico, no qual através da criação da Lei nº 4.483, de 16 de novembro de 1964 há a reorganização do Departamento Federal de Segurança Pública, criando o Serviço de Repressão a Tóxicos e Entorpecentes – SRTE. O autor aponta que nesse período ocorre o aumento do aparato repressivo no combate às drogas, devido a inspiração do projeto internacional de criminalização das drogas desenvolvido pelos EUA e pelo contexto da guerra fria, onde servia como justificativa para o aumento da repressão, visto que para os militares as drogas se tratava de imundície comunista.

Novamente, se nota a incidência de um discurso perigoso, onde as drogas não são associadas a um grupo específico, mas a uma ideologia, servindo como justificativa para o aumento repressivo, incluindo a violência armada. Dessa maneira, se dá mais poder aos representantes da força repressiva do estado, no caso a polícia, entretanto todos os preconceitos e estigmas criados historicamente contra minorias sociais, étnicas e raciais e das drogas não são combatidos, não obstante ainda são fornecidos discursos que servem para justificar as ações desses representantes, ou seja, é um mecanismo extremamente pernicioso, pois abre possibilidades para atitudes perversas contra minorias amparadas por discursos e legislações.

Nesse período, Caliri e Agapito (2024) também elencam a Lei nº 4.451 sancionada em 1964, que modificava o artigo 281 do código penal, passando a tipificar como crime o ato de cultivar plantas utilizadas como matéria-prima para substâncias determinadas como ilícitas, mantendo a pena de reclusão de 1 a 5 anos. Em complemento, Brandão (2017), retrata que com a aprovação e promulgação da Convenção Única sobre entorpecentes de 1961, através do Decreto nº 54.216/64 o Brasil oficialmente ingressa no cenário internacional de combate às drogas. Outrossim, o autor relata que em 1967, o Brasil dá mais um passo em direção ao projeto proibicionista mundial, com a promulgação do Decreto-Lei nº 159/67, que estabelecia que

qualquer substância com capacidade de causar dependência física e/ou psíquica foi equiparada a entorpecentes.

No ano seguinte, em 1968, Caliari e Agapito (2014) expõem que foi criado o Decreto-Lei nº 385/68, que passou a criminalizar a posse de SPA ilícitas para consumo, prevendo a mesma pena do crime de tráfico. Brandão (2017) acrescenta que com o Decreto-Lei nº 835/68 acarretou em uma modificação inusitada na legislação brasileira, contrapondo a concepção prevista na Convenção Única sobre Entorpecentes, criminalizando o usuário, sendo considerada uma medida extrema e que dividiu opiniões dos estudiosos da problemática na época.

Em 1971, é promulgada a Lei nº 5.726/71, conhecida também como a “Lei Antitóxicos”, conforme Brandão (2017), essa lei estabelece novas políticas de repressão, além de estabelecer penalidades mais severas para usuários e traficantes de SPA ilícitas, constando pena de 1 a 6 anos de reclusão. Em consonância, Caliari e Agapito destacam que pela Lei nº 5.726, é introduzido o conceito de quadrilha na perspectiva do tráfico, contendo pena de 2 a 6 anos em regime de privação de liberdade. Os autores denotam que essa legislação começa a abranger a área da educação, entretanto demonstra certa contradição, a respeito desse processo eles explicam:

E se expande para o âmbito da educação, avaliando esse como único instrumento válido para se obter resultados no combate ao vício, com justificativa da importância da educação e da conscientização na luta geral contra os tóxicos. Podemos num primeiro momento validar a ideologia baseada na ideia da prevenção, contudo a resposta da imposição da lei a respeito de punição vai em desencontro com a ideologia, isso porque impunha o trancamento da matrícula do estudante encontrado com as substâncias proibidas; questiona-se, como a retirada do indivíduo do único instrumento válido para a prevenção do vício, poderia ser positiva? Gerava ainda, a perda do cargo de diretores de estabelecimentos de ensino que deixassem de comunicar às autoridades uso e tráfico em dependências escolares. (CALIARI; AGAPITO, 2024, p. 59).

Já em 1976, conforme descrito Torcato (2014), foram definidas regras extremamente repressivas para o controle e fiscalização de drogas no Brasil, por meio da criação da Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976, mecanismo que igualava usuários a traficantes com penas altíssimas referente ao crime de tráfico de entorpecente. Todavia, Caliari e Agapito (2024) esclarecem que a Lei nº 6.368/76 determinava pena de 6 meses a 2 anos de detenção para posse de drogas, e de 3 a 15 anos de privação de liberdade para condutas identificadas como tráfico de drogas, além de multa. Assim, as penalidades acerca do consumo de SPA ilícitas diminuíram consideravelmente em relação às legislações anteriores, por outro lado, as penalidades para o tráfico aumentaram exponencialmente. Esse aumento é tão absurdo que Calari e Agapito chamam atenção:

A pena que é tão claramente desproporcional que encontra similaridade nas punições de crimes como as lesões corporais seguida de morte (art. 129, § 3º: 4 a 12 anos), o abandono de incapaz com resultado morte (art. 133, § 2º: reclusão 4 a 12 anos), os maus tratos com resultado de morte (art. 136, § 3º: reclusão, 4 a 12 anos). (Caliari e Agapito, 2024, p. 60).

Dessa forma, nota-se como a ideologia proibicionista foi incorporada no Brasil, elevando a conduta de tráfico ao patamar de crimes resultantes em mortes, mostrando assim como o tráfico e as drogas eram vistos como uma conduta hedionda. Entretanto, por mais que o discurso acerca das implicações das drogas e do tráfico, tanto para saúde pública e para a segurança pública, é importante se pensar, quem era preso? A questão de raça e classe é fundamental para se entender que aqui começa uma segregação, pessoas brancas e com poder aquisitivo maior poderiam contornar essa punição por conseguir arcar com multas, ou até passar despercebido, enquanto pessoas de minorias e classes mais baixa devido a toda a estigmatização e circunstâncias sociais estavam mais propensos a serem aprisionados.

Ainda nos dias atuais é possível verificar essa disparidade racial nos processos por tráficos de drogas, segundo Soares e Maciel (2023), em sua pesquisa acerca do perfil racial dos réus processados por tráfico de drogas nos tribunais estaduais de justiça comum no Brasil, demonstram que no Brasil 68% dos réus que se tem informação sobre cor/raça são negros (pretos e pardos), enquanto metade, aproximadamente 31% são branco. Em concordância, Reis e Ribeiro (2023), em seu estudo de caso para compreender o efeito do perfil racial nos processos de tráficos de drogas em Belo Horizonte, obtiveram que o perfil racial dos acusados por tráfico era formado por 16,2% de brancos, 24,7% de pretos e 49,3% de pardos, além disso, constaram enquanto apenas 12,82% dos brancos eram condenados, 51,86% dos negros (pretos e pardos) eram condenados.

Outra reflexão pertinente é que essa pena desproporcional não contribui para a diminuição do tráfico, pois ela pune os usuários e os traficantes, mas não consegue suprimir a produção das drogas, e essas pessoas que iam sendo presas acabavam sendo substituídas, ou seja, o tráfico conseguia repor as “engrenagens” desse sistema, e no final além de apenas punir pessoas devido a condição que elas se encontravam, que ocorria por múltiplos fatores, essa lei não conseguiu “resolver” esse “problema” das substâncias ilícitas. Essas ressalvas são relevantes pois essa lógica punitivista irá se replicar em outras leis, entretanto não quer dizer que sejam eficazes. Ainda a respeito da Lei nº 6.368/76, acerca da penalidade para consumo, Brandão (2017) aponta:

Quanto ao usuário, foi previsto o crime de porte de droga para uso pessoal (artigo 16), pelo qual não se pune o uso em si, mas as condutas de “adquirir, guardar ou trazer consigo, para o uso próprio, substância entorpecente (...)”, com uma pena de detenção, pelo período de seis meses a dois anos. Contudo, em relação ao usuário, é a perspectiva sanitária que chama atenção, prevendo a internação hospitalar compulsória (artigo 10), mesmo que o indivíduo não tenha incorrido nos delitos citados, bastando apenas que esteja envolvido com algum uso de droga ilícita. (BRANDÃO, 2017, p.108).

Em 1980, foi promulgado o Decreto nº 85.110/80, que conforme descrito por Torcato (2014), alterou a gerência sobre a política de drogas no país, que antes era exercida pela CNFE e passou a ser exercida pelo Conselho Federal de Entorpecentes - CFE, que era composto por vários ministérios e coordenado pelo Ministério da justiça. Na visão do autor, desde 1980 houve uma ampliação da letalidade do Estado e foi iniciado o genocídio da população jovem e negra, que é justificado até os dias atuais pelo combate ao narcotráfico.

No ano de 1990, com a instituição da Lei nº 8.072/90, denominada como “Lei dos Crimes Hediondos”, simboliza mais um marco no avanço do proibicionismo brasileiro, reafirmando mais uma vez as drogas e o tráfico como inimigos. Segundo Serra, Souza e Cirillo (2020), a Lei nº 8.072/90 teve direcionamento, sobretudo, para os crimes que envolvessem drogas, representando a tendência de utilizar políticas de segurança como uma solução “democrática” para as implicações das drogas, favorecendo a criminalização de grupos marginalizados vistos como “perigosos”. Em concordância, Torcato (2014) esclarece que com a criação da Lei nº 8.072/90 o tráfico de entorpecentes foi enquadrado nessa nova categoria penal, e teve como consequências o aumento desastroso da população carcerária do Brasil, se tornando a terceira maior população carcerária do Mundo, ficando atrás apenas dos EUA e China.

Em 2006 é criada a Lei nº 11.343 denominada como Lei de Drogas, que de acordo com Serra, Souza e Cirillo (2020) instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD e determinou penas maiores para condutas de produção não autorizada e tráfico de SPA ilícitas, aumentando a multa e a penalidade mínima de reclusão para 5 anos e permanecendo a pena máxima de 15 anos, em relação às legislações anteriores. Campos (2018) acrescenta que o intuito da Lei nº 11.343/2006 era eliminar a pena de prisão para o consumo de drogas, transferindo esses sujeitos do sistema de justiça criminal para o sistema de saúde, além de aumentar as medidas repressivas contra o tráfico. Entretanto Fiore (2012) salienta que as consequências dessa lei são contrárias às premissas, sendo elas:

[...] ao não estipular quantidades ou outros critérios objetivos para definir se a droga é destinada para venda ou para o consumo, continua sendo conferida à autoridade policial a responsabilidade dessa interpretação e a instauração de inquérito, avaliado posteriormente pelo Ministério Público e pelo poder Judiciário. Duas pesquisas recentes mostraram que a lei encarcera jovens, normalmente pobres, primários e que portam pouca quantidade de drogas. Além disso, uma vez enquadrados como traficantes, grande parte deles responde ao processo encarcerados e dificilmente conseguem escapar de condenação. Em segundo lugar, ao aumentar o fosso que divide consumidores e traficantes, a lei parece ter aumentado o rigor policial, que desde sua promulgação cresceu substancialmente [...]. (FIORE, 2012, p. 17)

Em paralelo, Campos (2018) demonstra o crescimento exponencial da população carcerária incriminada por tráfico de drogas, sistematizando dados de 2005 a 2016 do Depen/Ministério Extraordinário da Segurança Pública, mostrando que após a promulgação da lei essa população se quadruplicou. Nesse sentido, por mais que a Lei tenha eliminado a pena para usuários de drogas, devido sua falha, indivíduos já marginalizados e em situação de vulnerabilidade passam a sofrer ainda mais com a repressão das drogas, visto que agora sofrem penalidades de traficantes. A exemplo, Lima (2010) conta o caso de dois jovens, um com 19 e outro com 21, que trabalhavam na informalidade como “flanelinhas”, ambos com ensino médio incompleto, pardos, residentes em áreas periféricas do Rio de Janeiro, detidos injustamente por tráfico, a autora narra:

Quando passaram a falar, o primeiro relatou que fora preso porque se negou a pagar a taxa cobrada pelo “segurança da área”. Tratava-se de um homem que passava diariamente no local para cobrar R\$ 25,00 das “flanelinhas” para permitir que explorassem espaços em vias públicas, onde os carros estacionavam. “- Não dava para pagar. Era muito dinheiro! Não valia à pena trabalhar! Ele me ameaçou. Disse que eu ia ver o que ia acontecer...”. O segundo jovem confirmou a história e acrescentou que, no dia da prisão, os dois estavam juntos voltando da compra de um cigarro de maconha. “- De repente, apareceram dez policiais! Revistaram a gente e o cigarro estava na bainha da minha calça. Não adiantou falar nada. Levaram a gente para a delegacia”. Nos autos processuais constava a apreensão de 1,1 grama de maconha, acrescentando que eles não portavam armas ou dinheiro, mas por denúncia – não se identificava a origem – a autoridade policial tomou ciência de que ambos haviam ido comprar drogas para um terceiro e não para uso próprio. Portanto, os réus foram presos em flagrante por serem tomados como traficantes de drogas, segundo as ações previstas no Art. 33, supracitado. Na audiência, ambos replicaram: “- Nós íamos dividir o cigarro. Falamos que só usávamos maconha. Que estávamos, lá, pra trabalho. Eles queriam era nos tirar da área”. (LIMA, 2010, p. 105).

Os jovens foram absolvidos no julgamento, entretanto a transação penal ficou registrada por 5 anos. Nessa história é possível constatar como a Lei 11.343/2006 prevê a possibilidade de usá-la para interesses próprios, além de se estender para vieses religiosos, morais, econômicos e preconceituosos. Esse é apenas um dos vários casos que ocorreram e que ainda ocorrem, recentemente, segundo o portal de notícias DOL – Diário Online, um jovem de 26 anos do Pará foi

condenado injustamente por 7 anos em regime privativo de liberdade e com mais 700 dias-multa em 2020, depois de cumprir 4 anos da pena, o jovem foi absolvido em 2024 depois da Defensoria Pública do Pará – DPE-PA reconhecer que a abordagem foi indevida e que as provas deveriam ser consideradas nulas.

Deste modo, é possível perceber que por mais que o proibicionismo tenha se fortalecido através do pânico moral, principalmente atribuindo a questão das drogas e do tráfico como algo ruim, que se deve ser combatido, estando muito relacionado a questão da violência e risco a saúde pública, percebe-se que na verdade esse movimento perpassa pelas questões de classe e de raça, visto que passa a punir principalmente as pessoas já marginalizadas, estigmatizadas e em vulnerabilidade social. Dessa forma, indivíduos que já são acometidos pelas expressões da questão social, sofrem mais repressão dos aparatos e mecanismos legais do Estado, que em vez de promover a autonomia e reinserção social desses indivíduos, torna-os inimigos e os aprisionam.

Torna-se relevante entender que quem é preso, não é necessariamente quem é detentor do meio de produção de SPA ilícitas, na grande maioria das vezes, é quem trafica, o “aviãozinho”. Assim, ao punir apenas os “peões” dessa “guerra”, faz com que ela nunca acabe, pois como o mercado ilegal de drogas é bastante lucrativo, ele consegue se reestruturar facilmente, mesmo com as perdas de pessoal. Nesse sentido, a política proibicionista além de não conseguir acabar com o mercado ilegal de drogas, potencializa as desigualdades sociais já existentes, uma vez que quem sofre com a repressão dessa política são as classes mais baixas e de minorias raciais e étnicas, que devido a diversos fatores, contextos e por influência dos ambientes no quais estão inseridos, adentram no mundo das drogas, e devido as complicações inerentes a esse meio, acabam por ter dificuldades ou até mesmo não conseguem sair desse meio.

Ademais, de acordo com Fiore (2012), o tráfico de drogas por operar sem nenhum tipo de regularização, apresenta diversas problemáticas, incluindo condições de trabalho precárias, trabalho infantil, contaminação ecológica, corrupção de agentes públicos e uso da violência armada para demarcar interesses e conflitos. Dessa maneira, os sujeitos que adentram nesse meio, além de sofrerem repressão por parte do Estado, ainda estão sujeitos a um ambiente hostil, violento e precário, sendo altamente explorados e sem direitos. Além do mais, contribui para o contato de usuários com o crime, e por não haver regulação sanitária das substâncias que são traficadas, muitas delas não são puras, podendo provocar ainda mais riscos à saúde dos usuários de psicoativos ilícitos.

Por fim, Serra, Souza e Cirillo (2020) ressaltam que a proibição estimula e incita o consumo de SPA ilícitas, não conseguindo reprimi-las, e mesmo após décadas do modelo proibicionista repressivo que o Estado Brasileiro adotou, as organizações criminosas ainda continuam poderosas. Os autores também explicam que o tráfico de drogas é utilizado para legitimar a repressão armada dos estados, além de estimular o mercado global de segurança. Deste modo, se entende que o proibicionismo não é capaz de lidar com a totalidade da questão das drogas, visto que apenas contribuem para a potencialização da estigmatização de determinados grupos, para que eles sejam responsabilizados pela sociedade por causa da problemática das drogas, enquanto quem realmente lucra com esse mercado ilegal estão livres.

2 SAÚDE E USO PREJUDICIAL DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

O uso prejudicial das SPA é uma dentre as expressões da questão social e também reconhecido como um problema de saúde pública, uma vez que impacta diversas esferas da vida do adicto, indo além das comorbidades físicas e psiquiátricas. Entretanto, se torna necessário compreender de fato as implicações negativas do uso prejudicial, desconstruindo o pânico moral que se criou em torno dessa problemática, entendendo que os danos provocados pelo abuso de drogas são ocasionados e potencializados por diversos fatores além das substâncias em si. Ademais, a maneira como o Estado brasileiro aborda e gerencia a questão das drogas é um elemento crucial para compreender os impactos negativos na vida das pessoas com dependência química.

2.1 Perspectiva histórica das políticas de saúde voltadas ao cuidado do usuário de substâncias psicoativas

O uso problemático³ e/ou dependência de drogas, é atualmente reconhecido como um problema social e de saúde pública, uma vez que impacta não só a saúde física e psicológica do usuário de SPA, mas várias dimensões da vida do adicto, como trabalho, renda, núcleo familiar, ciclo social, entre outros. Dessa forma, o consumo abusivo de psicoativos não se restringe ao indivíduo, afetando o coletivo, demonstrando a complexidade da problemática e a necessidade de uma política pública sobre drogas pautada na intersetorialidade, direcionadas à promoção à saúde dessa população. A respeito da promoção à saúde, Malta *et al.* (2014) aponta:

A Promoção da Saúde tem como referencial teórico a Carta de Ottawa e a busca da redução das iniquidades em saúde, visando o empoderamento dos indivíduos ou grupos. A Promoção tem como finalidade ampliar as possibilidades de indivíduos e comunidades atuarem sobre fatores que afetam sua saúde e qualidade de vida, com maior participação no controle deste processo. (MALTA *et al.*, 2014, p. 4302).

Entretanto, ainda há uma grande dificuldade na implementação de ações voltadas à promoção a saúde dos usuários de drogas no Brasil, uma vez que por mais que a Reforma Sanitária

³ O termo uso problemático compreende o consumo de psicoativos associado a risco social ou sanitário ao usuário ou a terceiros (GOMES-MEDEIROS *et al.* 2019, p. 2).

e a Reforma Psiquiátrica tenha viabilizado grandes avanços na área de cuidado da saúde mental dessa população, embora acompanhadas por contradições e retrocessos, esses movimentos não conseguiram romper totalmente com o modelo biomédico e do proibicionismo. Deste modo, por mais que o modelo biopsicossocial seja hegemônico, ainda há fragmentos dos modelos anteriores, o que contribui para o obstáculo para a implementação de estratégias direcionadas à promoção à saúde e redução de danos, como será exposto no decorrer deste tópico.

Desta forma, para se entender o processo histórico dos avanços da área da saúde em relação ao consumo de SPA, é necessário compreender os paradigmas em relação a temática das drogas presentes nos setores da justiça, segurança pública, e da saúde, uma vez que estes se contrapõem e/ou se influenciam constantemente. Acerca destes paradigmas, Teixeira *et al.* (2017) ressaltam que no setor da justiça e da segurança pública há dois paradigmas antagônicos, o proibicionista e o antiproibicionismo, já o campo da saúde e assistência social é permeado pelos paradigmas asilar, psicossocial e de redução de danos.

Em acréscimo, Teixeira *et al.* (2017) sustenta que esses paradigmas norteiam modelos de intervenções da estação em relação a problemática das drogas, estabelecendo assim 3 modelos, sendo eles: modelo moral/criminal, modelo de doença e modelo de RD. O modelo moral/criminal, segundo o autor, defende que o consumo de determinadas SPA seja visto como ilícita e que necessita de punições, tendo como meta a abstinência total do usuário. Esse modelo é sustentado principalmente pelo paradigma proibicionista, e teve grande influência no setor da saúde, visto que o problema das drogas no Brasil era debatido predominante pelos setores da justiça e segurança pública, desta maneira, conforme o campo da saúde começa a incorporar o debate da problemática, esse arquetípico proibicionista já estava em grande ascensão na época.

Em concordância, Machado e Miranda (2007) ressaltam que a legislação brasileira a respeito da temática das drogas, só passa a receber influência da medicina em 1970, onde passam a fornecer subsídios técnico-científicos para legitimação do controle do uso de drogas. Embora, Torcato (2013) ressalta que já havia a problematização do uso de drogas por parte dos médicos brasileiros desde o final do século XIX, onde já estava se construindo uma concepção patologizante dessa conduta, pela ascensão de um grupo de intelectuais da época que “foi responsável pela afirmação da psiquiatria como ciência médica”, além de estarem preocupados com o descontrole do consumo do uso dos novos fármacos que estavam surgindo. Assim, nota-se que o setor da saúde,

adentra no debate das drogas em concordância com o paradigma proibicionista, contribuindo para esse modelo e também sendo influenciado por ele.

Em paralelo, o modelo de doença estava se fortalecendo nesse contexto, norteado pelo paradigma asilar e ainda muito influenciado pelo paradigma proibicionista. Acerca do modelo de doença, Teixeira *et al.* (2017) descreve que esta abordagem enxerga a dependência de psicoativos como uma doença meramente biológica e carece de tratamento e reabilitação, nesse modelo também há como meta a abstinência total, inclusive é uma condição para o tratamento, porém difere do modelo moral/criminal por não prezar por um mundo livre de substâncias psicotrópicas, pois compreendem que nem todas as pessoas desenvolvem dependência. Entretanto, o autor ressalta que há um perigo desse modelo se associar ao modelo moral, isso ocorre quando atribuem ao dependente de drogas a noção de “incapacidade da razão em detrimento do prazer”.

A concepção reducionista norteada pelo modelo biomédico presente no século XX, contribuiu para essa identificação do campo da psiquiatria com o paradigma proibicionista. A respeito do modelo biomédico, Pratta e Santos (2009) explicitam que é um modelo influenciado pela filosofia positivista do século XIX, no qual todos os fenômenos devem ser explicados de forma objetivo e experimental, onde limita a doença ao aspecto biológico, não considerando outros fatores que possam ter influência na saúde dos indivíduos.

Ademais, nesse período da hegemonia do modelo biomédico, Machado e Miranda (2007) esclarecem que foram propostos diferentes dispositivos assistenciais com intuito de salvar, recuperar, tratar e punir os usuários de drogas, primeiramente foram propostos hospitais psiquiátricos e depois centros especializados de tratamento, públicos e filantrópicos. A respeito do tratamento dos usuários de drogas, Pratta e Santos (2009) ressaltam:

[...] o mesmo tinha por base, no final do século XIX e primeira metade do século XX, o modelo biomédico, estando diretamente ligado à assistência psiquiátrica. Os indivíduos que apresentassem problemas com álcool ou outras drogas eram encaminhados para instituições psiquiátricas com a finalidade primordial de retirá-los do convívio social e promover o abandono do uso, utilizando, para tanto, as mesmas técnicas empregadas com outros internos. (PRATTA, SANTOS. 2009, p. 207)

Dessa forma, é possível perceber a consonância entre os campos médico-psiquiátrico, da justiça e da segurança pública nesse primeiro momento, onde a questão das drogas é vista como algo disfuncional, ou seja, os indivíduos são vistos como doentes e/ou criminosos que necessitam

de tratamento psiquiátrico e correção de conduta. Assim, os campos utilizavam mecanismos semelhantes, que constituíam da retirada do indivíduo do convívio social, na área da saúde era feito através da internação compulsória em hospitais psiquiátricos, enquanto na área da justiça e segurança pública os sujeitos ficavam reclusos nas prisões.

É possível observar esse fenômeno de isolamento social dos usuários de drogas desde 1921, onde Vargas e Campos (2016) relatam a instauração do decreto nº 14.969, responsável por criar o “sanatório para toxicômanos”, assim como o decreto nº14.831, que criou o primeiro manicômio judiciário do Brasil. Outrossim, os autores ainda destacam o decreto nº 891 de 1938 que categorizava o uso de drogas como “toxicomania”, que era uma doença de notificação compulsória, cujo tratamento se dava por internação em manicômios, estabelecidos pelo juiz ou de forma facultativa, não podendo ser tratada em domicílio.

Por outro lado, Machado e Miranda (2007) destacam que só é possível perceber a influência da ordem médico-psiquiátrica na Lei 5.726 de 29, de outubro de 1971, mecanismo que introduziu mudanças significativas na interpretação do uso de drogas, que antes era exclusiva da justiça penal. Mostrando assim, o atraso da área da saúde em participar ativamente na formulação das normas referentes à problemática das drogas no Brasil. Nesse período, Bittencourt (1986) esclarece:

[...] a psiquiatria buscou sempre se apresentar como aliada no fortalecimento da repressão e controle do uso de drogas. Primeiramente ao surgir no cenário jurídico-penal de 1971 com um complemento às ações de repressão e prevenção ao uso de drogas, servindo para o reaparelhamento do Judiciário através da absorção de sua tecnologia. Segundo, ao se apresentar como alternativa institucional ao destino desta classe de excluídos, implicando a psiquiatrização dos procedimentos de controle do uso de drogas em nossa sociedade [...]. (BITTENCOURT, 1986, p.42.)

Nota-se que a psiquiatria mesmo participando mais ativamente do processo de formulação das legislações, ela ocupa um papel secundário, contribuindo para o modelo proibicionista hegemônico da época. Em 1976, o campo médico-psiquiátrico já começa a ter um certo protagonismo, focando mais no modelo de doença e não se reduzindo apenas à contribuição para o modelo proibicionista. Nesse ano, Machado e Miranda (2007), primam a promulgação da Lei nº 6.368, aparato que modifica as propostas assistenciais e reafirma a tendência à medicalização, substituindo a terminologia de “viciado” por “dependentes de drogas”, além de propor a criação de estabelecimentos especializados para o tratamento desse público na rede pública de saúde, por meio

de regimes hospitalar e extra hospitalar, além de instituir o tratamento como medida compulsória e não a internação.

Em acréscimo, segundo o Ministério da Saúde – MS (BRASIL, 2015) aponta que a partir da década de 1970 começam a surgir pequenos avanços do ponto de vista legal sobre o uso de drogas, havendo medidas de prevenção, recuperação e reinserção do usuário de drogas, porém impactando minimamente as políticas públicas do setor da saúde, sendo que apenas a partir de 1990 que acontecem mudanças significativas no cenário político.

Machado e Miranda (2007), esclarecem que a Lei nº 6.368 contribui para ampliação do aparato jurídico institucional de controle do uso e do tráfico de drogas, através da elaboração de espaços institucionais relevantes no âmbito da saúde e da justiça, dentre eles se destacam os centros de tratamento, do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Representação de Entorpecentes e do Conselho Federal de Entorpecentes – COFEN. Segundo os autores, o Confen foi criado e regulamentado em 1980 e suas principais funções foram estabelecidas no decreto 85.110, de 2 de setembro do mesmo ano. Suas competências eram:

Art. 4º. Compete ao Conselho Federal de Entorpecentes propor a política nacional de entorpecentes, elaborar planos, exercer orientação normativa, coordenação geral, supervisão, controle e fiscalização das atividades relacionadas com o tráfico e uso de entorpecentes e substâncias que determinem dependência física ou psíquica, bem como exercitar outras funções em consonância com os objetivos definidos no art. 2º. (BRASIL, 1980).

Como é possível observar, por mais ainda haja uma prevalência da legislação da época na repressão de drogas, houve alguns avanços relacionados ao tratamento dos adictos, principalmente por não restringir o tratamento apenas a internação. Esse marco é relevante, pois na década de 1970 foi onde o Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil - MRPB começou a ganhar força, desta forma o modelo hospitalocêntrico começa a ser fortemente criticado, devido a uma série de violações de direitos que ocorriam dentro dos hospitais psiquiátricos, além de que segundo o MS (BRASIL, 2013), começou a se entender que os manicômios não eram espaço produtor de saúde, mas sim de adoecimento.

A Reforma Psiquiátrica – RP, segundo os autores Silva, Almeida e Amato (2019), teve início em meados dos anos 1970, recebendo influência do Movimento de Reforma Sanitária - MRS, que buscava por novos modelos de atenção à saúde, além da revisão das práticas de cuidado e defesa do protagonismo dos profissionais da área da saúde e dos usuários do serviço. Os autores

também apontam, que a RP surgiu principalmente a partir das críticas ao modelo hospitalocêntrico da época, buscando a superação dos problemas ocasionados por este modelo, sobretudo a violência asilar e a improbabilidade da alta do paciente ocorrer.

Outro movimento importante no processo de avanços da assistência à saúde mental foi a luta antimanicomial, que conforme explicitado por Faleiros (2018, p. 4), “[...] expressa uma crítica à barbárie da repressão, da dominação médico-biológica, do poder farmacológico, não no sentido de “humanizar” a instituição, mas de mudar o lugar de consideração e de atenção à loucura, num paradigma psicossocial e de desinstitucionalização que se expressa, não como uma simples desospitalização ou com contenção medicamentosa e atividades controladas”.

Além disso, por mais que a Reforma Sanitária - RS e RP tenham contribuído com avanços na área da assistência à saúde, esse progresso não foi linear, havendo retrocessos e contradições. Nesse sentido, Gomes-Medeiros *et al.* (2019) expõem que embora o modelo de Estado Social proposto pela RS tenha vencido politicamente e fosse assegurado pela Constituição Federal de 1988, o processo de implementação do Sistema Único de Saúde – SUS nas décadas de 1990 e 2000 é permeado de contradições, visto que ocorre entre a disputa de dois princípios, de um lado o princípio da universalidade e do outro o princípio da redução das despesas públicas. Os autores destacam que acontece o mesmo com a RP, em particular na década de 1970, onde concomitantemente a política oficial de saúde mental integrava elementos da psiquiatria preventiva, o financiamento estatal priorizava as instituições psiquiátricas privadas no lugar de ações comunitárias.

Paralelamente, o modelo de Redução de danos – RD estava surgindo na década de 1980, segundo Teixeira *et al.* (2016) a abordagem de RD é norteada por um paradigma antiproibicionista, étnico, clínico e político, no qual preza pela autonomia dos sujeitos em uma concepção ampliada de saúde, não priorizando pela abstinência e contrapondo o modelo de internação compulsória. Em consonância, Carvalho e Dimenstein (2017) ressaltam que a RD foi o primeiro movimento a criticar o modelo proibicionista internacional e que teve apoio mundial, no Brasil ela surgiu com a criação dos programas de troca de seringas, estratégia de contenção da disseminação de hepatites e posteriormente HIV e outras doenças infectocontagiosas. Os autores também destacam que não existe apenas um conceito de RD, sendo considerada um conjunto de políticas e programas de internação, que possuem como intuito minimizar os riscos do consumo de SPA, sem necessariamente diminuir o consumo delas.

Em acréscimo, Almeida (2019) explicita que inicialmente as ações de RD eram realizadas principalmente no campo da saúde, como uma abordagem ao fenômeno das drogas, com intuito de minimizar os danos sociais e à saúde relacionados ao uso nocivo de drogas, porém ela não tem se limitado mais ao direito à saúde, se ampliando para o direito a cidadania e dos direitos humanos. O autor acrescenta, que as práticas de RD visam a socialização política de usuários de drogas de forma crítica, fomentando a autonomia e autocuidado com a saúde do indivíduo, assim como a busca por direitos, através da discussão de políticas governamentais e políticas de estado, em uma perspectiva que perpassa o individual e o coletivo.

De acordo com Machado e Miranda (2007), a partir da década de 1980, emergiram sobretudo em universidades públicas centros de tratamento, pesquisa e prevenção na área de atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no país, no qual foram reconhecidos pelo COFEN como centros de referência. Os autores destacam a importância que esses centros de referências, juntamente com os projetos de redução de danos, para o desenvolvimento da atenção à saúde para usuários de SPA no Brasil, pois contribuíram com a produção técnico-científica relacionada à temática das drogas, abrangendo possibilidades de abordagens não moralista e nem repressivas.

Em conformidade com Vargas e Campos (2016), no governo de Fernando Henrique Cardoso, durante a década de 1990, ocorre a substituição do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes pelo Sistema Nacional Antidrogas – SISNAD e pela Secretaria Nacional Antidroga - SENAD, o que acabou acarretando a extinção do COFEN em 1998 onde foi substituído pelo Conselho Nacional Antidrogas – CONAD. Em complemento, Machado e Miranda (2007) apontam que os centros de referência, os programas de redução de danos e as comunidades terapêuticas continuaram recebendo apoio das instituições que substituíram o COFEN. Os autores acrescentam que esses novos órgãos foram alocados no Gabinete Militar da Presidência da República, e que o SISNAD era responsável por atividades de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social.

Essa substituição do COFEN pela CONAD é contraditória, visto que esse novo arranjo é alinhado com o paradigma proibicionista, possível identificar no nome dos órgãos “antidrogas”, entretanto eles continuam apoiando os programas de redução de danos, que vão contra essa visão de lidar com as drogas. Em 1998 também ocorre o 1º Fórum Nacional Antidrogas, que conforme descrito por Machado e Miranda (2007), reúne diversos segmentos organizados que atuavam na

área de drogas, dentre eles: policiais, pessoas vinculadas às comunidades terapêuticas, profissionais ligados à área científica e pessoas ligadas aos projetos de redução de danos. Os autores acrescentam que esse fórum resultou na Política Nacional Antidrogas, porém no capítulo que aborda o tratamento, recuperação e reinserção social, não consta nenhuma proposta de articulação entre o campo ligado aos problemas das drogas e do setor público de saúde.

Denotando assim, a dificuldade da questão de as drogas saírem da esfera privada e dos setores de justiça e segurança, e adentrar a esfera pública de saúde, isso ocorre justamente pelas contradições elencadas anteriormente que ocorrem junto a RS e a RP, fazendo com que esse processo fosse lento e complexo. Deste modo, conforme descrito por Gomes-Medeiros *et al.* (2019), durante o século XX foi deixada uma grande lacuna pelo Estado Brasileiro no que se refere às políticas de saúde mental direcionadas aos usuários problemáticos de drogas, sendo preenchidas pelos modelos das Comunidades Terapêuticas – CT, as internações psiquiátricas e os grupos de mútua ajuda como os Alcoólicos Anônimos – AA e Narcóticos Anônimos – NA.

Acerca das CT, Longo (2015) explicita que nessa modalidade, a abordagem psicológica primária utilizada, busca alterar padrões negativos de comportamentos, pensamentos e sentimentos que possam contribuir para o consumo de drogas, além de compreender do ponto de vista social, a necessidade do desenvolvimento de um novo estilo de vida em abstinência. O autor destaca a necessidade de integração desses dois aspectos, para que dessa forma possa haver uma estabilidade da recuperação do usuário, e permitir que o objetivo da CT de tratar o indivíduo buscando tanto sua recuperação, como mudando seu estilo de vida e sua identidade pessoal sejam possíveis.

Vale ressaltar que essas abordagens de assistência à saúde listadas acima, estão dentro do modelo de doença, então por mais que tenha alguns avanços quando relacionados ao modelo proibicionista, principalmente pela humanização do atendimento, ainda persiste a concepção de a única solução para uso prejudicial de drogas fosse a abstinência. Desta maneira, podendo haver uma similaridade com o paradigma proibicionista, uma vez que os valores morais, religiosos e médicos hegemônicos da época eram mais conservadores, podendo contribuir para casos de ocorrência dos mesmos problemas do modelo hospitalocêntrico.

Ademais, Costa e Paiva (2016) expõem que durante os anos de 1970 e 1980 que novos modelos de assistência aos usuários de drogas passam a serem discutidos, aspirando se distanciar da cultura de isolamento que a população com transtornos mentais e usuários de SPA sofriam, esses debates ganharam notoriedade principalmente devido a atores e movimentos sociais, como a

Reforma Sanitária e Psiquiátrica. Entretanto, Vargas e Campos (2016), ressaltam que embora o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial tenha sido consolidado no Projeto de Lei nº3.657 de 1989, no qual era proposta a extinção progressiva dos manicômios, esse projeto só foi ser aprovado em abril de 2001, depois de várias alterações e permanecer por 12 anos em tramitação, originando assim a Lei nº 10.216/2001.

Teixeira *et al.* (2017) e Vargas e Campos (2016) apontam a promulgação dessa lei foi um marco para a RP, pois legisla acerca do novo modelo de atenção em saúde mental, sendo este o psicossocial, estabelecendo a substituição dos manicômios psiquiátricos por serviços com base territorial e de atendimento-dia⁴, através dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Em consonância, Silva, Almeida e Amato (2019) discorrem que a Lei nº 10.216 redirecionou a assistência em saúde mental e regulamenta os direitos de pessoas portadoras de transtornos mentais, além de proibir a internação em estruturas asilares. Ainda a respeito dessa lei, Souza, Carraro e Hernandez (2022) e Vargas e Campos (2016) ressaltam que a lei foi um avanço na garantia do acesso à assistência integralizada e descentralizada aos usuários e dependentes de SPA, principalmente através do surgimento da modalidade específica destinado aos usuários de álcool e drogas, o CAPS AD.

Dessa forma, é possível perceber que por mais que a Lei nº 10.216 não tenha focado na questão das drogas em si, se constituiu um importante instrumento para fomentar o protagonismo do setor da saúde na política sobre drogas e também na criação e hegemonia de novas abordagens dentro do modelo de RD, norteados por paradigmas antiproibicionistas, biopsicossocial e de redução de danos, visto que contribui para a própria reconceituação do que é saúde e de como atuar na promoção à saúde. Em sintonia, Montenegro *et al.* (2020) destacam que após a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica, a problemática das drogas passou a ser considerada como problema de saúde e não mais de segurança pública, podendo ser vista essa mudança em vários documentos normativos da época, o que indica uma virada de chave no eixo norteador das políticas sobre drogas.

Dentre esses documentos legislativos pode se citar o Decreto nº 4.345/2002 que instituiu a Política Nacional Antidrogas – PNAD (BRASIL,2002), e que segundo Montenegro *et al.* (2020), estabelece a diferenciação entre os conceitos de “usuário”, “pessoa em uso indevido”,

⁴ O atendimento-dia possibilita que o paciente compareça todos os dias da semana se necessário, articula-se a outras características específicas, como a oferta de atividades terapêuticas diversificadas e a constituição de uma equipe multiprofissional. (TENÓRIO, 2002, p. 39-40).

“dependente” e “traficante”, além de determinar penas alternativas e adotar ações de RD. Outra norma importante é a Portaria n° 2.197 de 2004 que de acordo com Machado e Miranda (2007) e Teixeira *et al.* (2017), normatiza a “Política para Atenção Integral de Usuários de Álcool e outras drogas”, criada pelo Ministério da Saúde - MS, que por fim, de forma tardia, introduz a temática das drogas assim como seu uso prejudicial em sua agenda.

A respeito dessa política nacional, Machado e Miranda (2007) e o Ministério da Saúde (2015) destacam a possibilidade de uma política menos centrada no controle e repressão; a definição de um marco teórico-político e diretrizes para área, em consonância com os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica; a criação de uma rede de atenção integral do SUS, através de dispositivos especializados como os CAPSad e não especializados como unidades básicas, programas de saúde familiar e hospitais em geral. A respeito dessa política nacional, os autores salientam:

Trata-se de um marco teórico-político que rompe com abordagens reducionistas e considera a presença das drogas nas sociedades contemporâneas como um fenômeno complexo, com implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas; e que, portanto, não pode ser objeto apenas das intervenções psiquiátricas e jurídicas – como ocorreu historicamente no Brasil – nem tampouco de ações exclusivas da saúde pública. (MACHADO, MIRANDA, 2007, p. 818).

Dessa forma, com a política instituída pelo MS em 2003, se fortalece o processo de desvinculação dos paradigmas proibicionistas e biomédico, onde havia uma concepção mais reducionista sobre a questão das drogas, fortalecendo ainda mais os paradigmas de RD e biopsicossocial, que vão atuar numa perspectiva de saúde mais ampliada. Conforme descrito por Pratta e Santos (2009), o paradigma biopsicossocial enxerga a saúde como produto do social, levando em conta o biológico, mas não se reduzindo a ele, considerando os impactos dos determinantes sociais como cultura, lazer, educação, trabalho, saneamento básico entre outros, na vida de cada pessoa.

Em 2005 ocorrem novos avanços em relação a superação do paradigma proibicionista no setor da saúde pública, Teixeira *et al.* (2017) ressaltam a regulamentação das ações de RD pela Portaria n° 1.028/2005 do MS, além de ocorrer uma renomeação dos órgãos governamentais e de políticas através da Resolução n°3/ GSIPR/CH/CONAD do mesmo ano, onde institui a Política Nacional sobre Drogas, substituindo o termo “anti” por “sobre” drogas de vários órgãos e políticas governamentais, como a SENAD, o CONAD e da própria PNAD. Desse modo demonstrando o

impacto do setor da saúde pública na política sobre drogas, reduzindo a hegemonia do paradigma proibicionista na abordagem estatal da temática das drogas.

Em complemento Montenegro *et al.* (2020), esclarecem que a Portaria n° 1.028 delinea as ações de RD conforme o público-alvo, tipos de ações e princípios norteadores, como direitos humanos, liberdade e identidade do usuário. Os autores ainda salientam que a Lei n° 11.343/2006 reafirma as mudanças anteriores, pois apresenta como meio de inclusão social, uma variedade de alternativas, sendo estas esportivas, culturais, artísticas e profissionais, além de definir penas diferentes com base na posse para tráfico e uso pessoal.

Entretanto, como visto no capítulo anterior, devido a fragilidade na norma, de não delimitar claramente quais quantidades de drogas são configuradas para uso e para o tráfico, corroborou para que usuários de psicoativos ilícitos sofressem penalidades de traficantes, em específico grupos de minorias sociais já marginalizados e estigmatizados. Esse problema oriundo dessa lei, acaba afetando o acesso desses indivíduos aos serviços de atenção em saúde mental e uma maior exposição a riscos de saúde, denotando assim, a contradição presente nessa legislação, visto que embora em seu texto contribua para alguns avanços, na prática contribui para retrocessos.

Segundo Oliveira *et al.* (2023), em 2007 foi instituído o Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos, que dentre suas atribuições destacam a proposição de marcos legais e instrumentos de regulação do setor, ações para promoção do consumo racional de medicamentos e a conscientização das implicações a respeito do uso nocivos de SPA para a saúde. Já no ano de 2009, Teixeira *et al.* (2017) descreve que nesse ano, as entidades beneficentes de assistência social, incluindo as CT são certificadas pela Lei n° 12.101/2009, enquanto Andrade (2011) destaca a implementação do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à prevenção em Álcool e outras drogas - PEAD pelo governo Federal e em 2010 “O Plano Crack” que foi “um plano de integração das ações voltadas à prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas”.

Além do mais, em 2011 é estabelecido através da Portaria n° 3.088/2011 a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pelo MS, que segundo Oliveira *et al.* (2023), tinha como intuito a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental é decorrente ao consumo de SPA. Os autores acrescentam que as ações eram norteadas pelos princípios da atenção psicossocial, como respeito aos direitos humanos; assistência

multiprofissional e interdisciplinar; combate a estigmas e preconceitos; desenvolvimento de atividades no território, estratégias de RD e de Educação Permanente em Saúde.

Em complemento, Carvalho e Dimenstein (2017) explicam que essa rede prevê sete níveis de interações organizadas, abrangendo desde a atenção básica até ações de reinserção social, ocupando uma função central na articulação dentre os diversos serviços que a integram, voltados ao cuidado com os usuários e seu núcleo familiar. Em concordância, Silva, Almeida e Amato (2019) e Oliveira (2023), ressaltam o CAPS AD é um dos principais serviços que integram a RAPS, onde sua atuação se dá pelo trabalho multidisciplinar e em cooperação com a Atenção Básica – AB de saúde, com práticas direcionadas para o desenvolvimento da autonomia do sujeito, o fortalecimento de vínculos e acompanhamento do processo de reinserção social dos usuários.

Outro importante dispositivo que compõem a RAPS é a Unidade de Acolhimento – UA, que de acordo com Foppa (2018, p. 17) é “uma residência (casa) transitória para pessoas com demandas decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas que se encontram em acentuada vulnerabilidade social (situação de rua)”. O autor acrescenta que a existência das UA está condicionada à vinculação ao CAPS de referência, sendo preferencialmente na modalidade ad, por causa do público que o serviço acolhe, o que mostra esse caráter complementar e a cooperativo entre os dois serviços da RAPS. Acerca da conquista da RAPS, o Ministério da Saúde (2015), explicita que se trata do:

[...] resultado de um processo de mobilização de usuários, familiares e trabalhadores do SUS e dos movimentos de reforma sanitária e psiquiátrica nacional, desde a década de 80, para a mudança de paradigma da atenção ao cuidado. A Raps é a concretude dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Ela insere-se como uma das redes indispensáveis do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), com a finalidade de criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2015, p. 57).

Entretanto, Carvalho e Dimenstein (2017) destacam que na Portaria n° 3.088/2011, as CT's, são integradas a RAPS, constituindo locais de atenção residencial de caráter transitório. Demonstrando assim, como esse processo de avanço da área da saúde na temática das drogas é contraditório, pois mesmo caminhando para a consolidação do modelo de RD norteados pelo paradigma psicossocial, ainda há a prevalência do modelo de doença, ou seja, os avanços são acompanhados por retrocessos, pois há uma disputa entre os paradigmas proibicionista e antiproibicionista, e do princípio da universalidade da saúde e do interesse na redução dos gastos

públicos com a saúde, fazendo com que as CT's ganhem força, por serem um meio termo. Em 2011 também é lançada a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 29, que segundo Teixeira *et al.* (2017), definiu:

[...] os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de SPA em regime de residência, mas não as denomina de CT. (TEIXEIRA, *et al.*, 2017, p. 1461)

Em conformidade, Teixeira *et al.* (2017) sustenta que o fortalecimento do modelo de RD e da atenção psicossocial no final dos anos 2000, destaca as controvérsias e disputas na área da saúde que acabam corroborando para fortalecer por meio de legislações, os modelos de doença, sobretudo através das CT's. Em concordância, Gomes-Medeiros *et al.* (2019), observou que durante o período de 2003 a 2018, mesmo a RAPS tendo como principal modelo de RD para a abordagens terapêuticas direcionadas ao uso problemático de drogas, baseada na RP e inserida em um Estado laico, ela ainda financiava sob regulamentação as CT's, que na maioria das vezes o tratamento era orientado pela doutrinação religiosa e em determinados momentos e situações ocorriam desrespeito aos direitos humanos.

É importante entender, que a crítica não é referente apenas ao modelo de doença e a CT, mas sim no que isso impacta na política pública que estava sendo construída, pois como foi mostrado a construção de política pública sobre drogas foi construída recentemente, o próprio MS demorou a participar desse processo, o que acabou gerando um atraso nas políticas públicas de assistência em saúde mental a população usuária de SPA. Deste modo, enquanto a RAPS enfrenta diversos problemas para sua implementação, acabam por dividir parte do orçamento com as CT's que já estavam consolidadas, o que acaba agravando essas adversidades, pois fortalece ainda mais as CT's.

Dessa maneira, com o fortalecimento das CT's, os discursos pautados nos paradigmas proibicionista, conservador e neoliberal, de redução de gastos ganham mais forças, pois há uma identificação desses paradigmas com esse modelo. O que acaba enfraquecendo o modelo de RD, que se opõem a esses paradigmas e que sempre foi criticado por incentivar, na visão da oposição, o consumo de drogas, em vez de prezar pela abstinência. Assim, com o fortalecimento do modelo de doença em detrimento do modelo de RD, pode contribuir para a reincidência dos problemas dos

hospitais psiquiátricos, o que necessita de extrema vigilância e vai contra os princípios da RF. Em acréscimo, Scheffer e Quixaba (2015), acerca das ameaças às conquistas da RAPS, ressaltam:

[...] essas conquistas vêm sendo ameaçadas por uma retomada neo higienismo, atualizando as linhas limítrofes entre a proteção e a punição por meio das intervenções do judiciário junto aos usuários de drogas. As propostas de cunho neo higienistas vem atrelados as formas de controle e normatização das condutas dos pobres. Cabe ressaltar, que quando falamos de higienismo entendemos que discurso da higiene do corpo se espraia para áreas de comportamento normativo da vida social dos sujeitos. (SCHEFFER; QUIXABA, p. 81, 2015).

Em 2012, em conformidade com Teixeira *et al.* (2017) o MS determinou critérios para o credenciamento das CT's no âmbito da RAPS, por meio da Portaria n° 131, sendo um deles o respeito à orientação religiosa do usuário; em 2013 o MS explicou a RDC e a sua aplicabilidade nas CT's, definindo-as como “instituições não governamentais, da sociedade civil, para lacunas assistenciais do SUS”; em 2014 devido a tensões políticas as CT's passam a ser financiadas pelo pela SENAD, através do Ministério da Justiça; em 2015 foi regulamentado pelo SISNAD, por meio da Resolução n°1/2015 do CONAD, as instituição que realização o acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso prejudicial de drogas, de forma voluntária, definidas como CT; em 2016 as CT's voltam para a saúde, e são certificadas pelo MS como entidades beneficentes de assistência social na área de saúde – CEBAS através da Portaria n°834.

Nesse sentido, é impossível negar a contribuição das CT's para a assistência em saúde mental aos usuários de álcool e outras drogas, visto que mesmo antes da problemática ser inserida na agenda do setor público de saúde elas já estavam atuando. Além disso, suas abordagens se mostram positivas para determinadas pessoas, entretanto, por estarem principalmente vinculadas a instituições religiosas, e na prática serem pouco monitoradas, acaba por apresentar riscos de ocorrência de violações de direitos e em alguns casos a imposição da abstinência acaba por despertar sentimento de culpa no adicto o que pode dificultar sua permanência no serviço.

Deste modo, é necessário refletir também a atuação dos profissionais vinculados às comunidades terapêuticas, sobretudo para minimizar discursos moralizantes e violações de direitos, no caso do Serviço Social, Brotto (2023) destaca que o profissional deve inibir a reprodução de práticas moralistas e proselitistas, uma vez o respeito à diversidade é essencial para o exercício profissional, além disso, como integrante da equipe multidisciplinar, a abordagem a ser

utilizada deve ser a biopsicossocial e espiritual, de forma a contribuir para a superação do quadro de risco do acolhido. Acerca da atuação do assistente social nas CT's, a autora acrescenta:

A intervenção do/a assistente social ao acolhido na comunidade terapêutica tem como objetivo a promoção do bem-estar e a superação do quadro de risco do sujeito dentro do âmbito das relações sociais, que pode ser dar por meio do processo de articulação junto às organizações e sociedade. Partindo da ideia que o/a assistente social deve ser um profissional criativo e propositivo, é possível que o profissional proponha ações dentro da comunidade terapêutica que visem o cuidado e reinserção social que sejam realizadas em parceria com instituições religiosas por meio de elaboração de projetos e desenvolvimento de atividades/oficinas inseridas na rotina da comunidade terapêutica com caráter socioeducativo, cultural e esportivo a fim de contribuir no desenvolvimento de habilidades e potencialidades das pessoas acolhidas nesses espaços. Isso porque devido a limitação financeira que a maior parte das comunidades terapêuticas enfrenta, torna-se importante o apoio de instituições religiosas e seus membros na realização dessas atividades, com recursos financeiro e humano. (BROTTO, p. 277, 2023).

Desta forma, é possível perceber que a atuação profissional dos assistentes sociais nas CT's possui limitações, sobretudo de recursos humanos e financeiros, o que exige uma maior criatividade do profissional na realização de sua intervenção. Entretanto, a prática não difere da perspectiva marxista da atuação profissional do assistente social, que segundo Faleiros (2010), é influenciada por fatores econômicos, políticos, sociais e culturais, tanto na demanda quanto na oferta de serviços sociais, sendo que o bem-estar social surge de disputas por poder e recursos entre interesses antagônicos, que se reorganizam conforme o contexto

Por fim, mesmo que a CT tenha sua contribuição para a assistência em saúde mental aos usuários de SPA, é relevante frisar a importância do fortalecimento do modelo de RD, principalmente da RAPS, pois ainda persiste uma forte estigmatização dos usuários de psicoativos, tanto na rede de saúde como na sociedade em geral, o que contribui para que o adicto tenha dificuldade de procura por tratamento ou ajuda médica nos serviços de saúde. Além disso, por serem serviços precarizados, acabam que pela falta de estrutura, recursos e profissionais, a atuação se limita ao tratamento do transtorno, não havendo promoção de atividades no território por parte da rede, o que acaba diminuindo o impacto do modelo de RD orientado para a promoção à saúde da população local.

2.2 Impacto do abuso de drogas na vida do adicto

A problemática das drogas como elencada nesta obra é uma questão complexa, no qual é permeada por várias outras expressões da questão social, deste modo, até o momento foi contextualizado o modo de como a sociedade e o estado compreendem, e lidam com esse problema social. Uma vez que, a questão do consumo de SPA é um problema de saúde pública que acaba afetando não apenas o indivíduo, mas também a sociedade, porém, ao mesmo tempo, a sociedade e o Estado acabam por contribuir para o agravamento do impacto causados pelo uso de entorpecentes. Dessa forma, estabelecendo uma relação de mútua causalidade entre os aspectos listados.

Assim, para compreender as reais consequências negativas das drogas, é necessário primeiramente desconstruir preconceitos relacionados a elas, visto que há uma grande generalização e propagação de pânico moral em torno delas, especialmente sobre o consumo de substâncias ilícitas. Deste modo, se torna necessário entender primeiramente o que são drogas, e como se dão seus efeitos, conforme descrito por Silveira e Doering-Silveira (2014), Moreira *et al.* (2020a) são substâncias psicoativas que atuam no sistema nervoso central - SNC utilizadas para provocar alterações nas sensações, no grau de consciência e/ou no estado emocional, comportamento e nas funções cognitivas, comportamentais e psicológicas.

Em complemento, o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID (2012) ressalta que essas alterações não ocorrem do mesmo modo, modificando conforme o tipo de substância, sendo classificadas em três grupos, conforme exposto na Tabela 1, referente a classificação de drogas por grupos e seus sinônimos.

Tabela 1 – Distribuição da classificação de drogas por grupo e seus sinônimos

Classificação de drogas por grupos	Sinônimos dos agrupamentos de drogas
Depressores da Atividade do SNC	Psicolépticos
Estimulantes da Atividade do SNC	Psicoanalépticos, Nonalépticos, Timolépticos etc.
Perturbadores da Atividade do SNC	Psicoticomiméticos, Psicodélicos, Alucinógenos, Psicometamórficos etc.

Fonte: CEBRID (2012).

Como pode ser observado, há uma gama de sinônimos para se referir as três categorias, no entanto, para facilitar o entendimento, será utilizado as terminologias de drogas depressoras, estimulantes e perturbadoras. De acordo com Silveira e Doering-Silveira (2014) as drogas depressoras da atividade do SNC, diminuem a atividade mental, fazendo com o que cérebro funcione de modo mais lento, diminuindo a atenção, a concentração, a tensão emocional e a capacidade intelectual. Segundo o CEBRID (2012), dentre as substâncias inseridas nessa categoria, estão as bebidas alcoólicas fermentadas como vinho e cerveja e destiladas como pinga, uísque e vodca, cujo princípio ativo é o álcool etílico/etanol.

Conforme descrito por e CEBRID (2012), Silveira e Doering-Silveira (2014), o álcool acarreta diversos efeitos, que surgem em duas fases, uma estimulante e outra depressora, no primeiro momento é provocado sentimento de euforia, desinibição, loquacidade e relaxamento, com o passar do tempo e aumento das doses, surgem os efeitos depressores, como dificuldade da coordenação motora e de equilíbrio, diminuição dos reflexos, sonolência, descontrole e em casos de consumo exacerbado pode causar coma alcoólico.

Em conformidade com Silveira e Doering-Silveira (2014) outro grupo de drogas que pertencem a essa categoria são os solventes, também conhecidos como inalantes, que são o lança-perfume, “loló”, gasolina, acetona, thinner, aguarrás, éter, benzina, esmalte, tintas, e cola de

sapateiro. Esse conjunto também há similaridades com os efeitos do álcool, pois no inicialmente os efeitos provocados por esse grupo são estimulantes, e com o passar do tempo os efeitos de caráter depressivo vão ganhando força, entretanto, diferente do álcool, o CEBRID (2012) estabelece quatro etapas para os efeitos dessas substâncias, sendo elas:

Primeira fase: a chamada fase de excitação, que é a desejada, pois a pessoa fica eufórica, aparentemente excitada, sentindo tonturas e tendo perturbações auditivas e visuais. Mas podem também aparecer náuseas, espirros, tosse, muita salivação e as faces podem ficar avermelhadas.

Segunda fase: a depressão do cérebro começa a predominar, ficando a pessoa confusa, desorientada, com a voz meio pastosa, visão embaçada, perda do autocontrole, dor de cabeça, palidez; ela começa a ver ou a ouvir coisas.

Terceira fase: a depressão aprofunda-se com redução acentuada do estado de alerta, incoordenação ocular (a pessoa não consegue mais fixar os olhos nos objetos), incoordenação motora com marcha vacilante, fala “engrolada”, reflexos deprimidos, podendo ocorrer processos alucinatórios evidentes.

Quarta fase: depressão tardia, que pode chegar à inconsciência, queda da pressão, sonhos estranhos, podendo ainda a pessoa apresentar surtos de convulsões (“ataques”). Essa fase ocorre com frequência entre aqueles cheiradores que usam saco plástico e, após um certo tempo, já não conseguem afastá-lo do nariz e, assim, a intoxicação torna-se muito perigosa, podendo mesmo levar ao coma e à morte. (CEBRID, p. 12, 2012).

Como é possível observar, a maioria das drogas pertencentes aos grupos de bebidas alcoólicas e de solventes são em sua maioria substâncias comuns do cotidiano, que acabam sendo utilizadas de várias formas e finalidades. Por isso, acabam passando despercebidas como entorpecentes, o que contribui para uma ideia de que as substâncias que vão causar danos a saúde são as ilícitas, que são proibidas, e por serem utilizadas principalmente como forma de obtenção de prazer, como é o caso do “loló”, são mais associadas ao risco e por isso mais condenados. Entretanto, é importante desmistificar essa falsa concepção de que as drogas com potenciais nocivos à saúde são as ilícitas, uma vez que drogas lícitas como o álcool matam bem mais que as SPA ilícitas, pois seu acesso é mais facilitado e foi construído uma falsa percepção de que são substâncias menos nocivas que a ilícita.

Outro agrupamento de substâncias categorizados como drogas depressoras são os ansiolíticos, que conforme descrito pelo CEBRID (2012), Silveira e Doering-Silveira (2014) que são drogas/ medicamentos classificados como benzodiazepínicos, alguns exemplos são o Bromazepam, Clobazam Clorazepam, Clorzepóxido, Diazepam, Diempax, Estazolam, Flurazepam, Flunitrazepam, Lexotan, Librium, Lorax, Lorazepam, Nitrazepam, Valium, entre outros, cujo os efeitos são de relaxamento, sedação, alívio de tensões, ansiedade e estresse. Outro

grupo de fármacos que se adequam a essa classificação são os medicamentos identificados como barbitúricos, popularmente conhecido como calmantes ou sedativos, alguns exemplos elencados por Silveira e Doering-Silveira (2014), são o Optalidon, Fiorinal, Gardenal, Tonopan, Nembutal, Comital, Pentotal, causando os mesmos efeitos grupo disposto anteriormente, com o acréscimo da sonolência.

Os opiáceos ou opioides que são um conjunto de substâncias derivadas do ópio também compõe a categoria de depressores, que em conformidade com o CEBRID (2012), contemplam os analgésicos como a Morfina, Meperidina ou Petidina, Propoxifeno, Fentanil e o Pó de Ópio que também é considerado um antidiarreico, além dessas, se encontram a Codeína que é um antitussígeno, a Heroína que tem seu uso proibido na medicina e a Metadona que é utilizada no tratamento de dependentes de morfina e heroína. Dentre os efeitos provocados pelos opiáceos, Silveira e Doering-Silveira (2014) destacam a sensação de prazer extrema, que com passar com tempo se altera para sonolência, ou para um estado onde o indivíduo possui sua consciência reduzida aparentado estar adormecida, denominado estupor, também pode causar miose, que é quando as pupilas ficam contraídas.

O último grupo categorizado como depressor são os xaropes e gotas para a tosse a base de codeína, que segundo o CEBRID (2012) abrangem como o Belacodid, Belpar, Codelasa, Gotas Binelli, Pambenyl, Setux e Tussaveto, além disso, por terem codeína em sua formulação além do efeito desejado de interromper a tosse, pode causar o aumento a tolerância a dor, sonolência, e diminuição dos batimentos cardíacos e respiração. Dessa forma, por integrarem derivados de ópios acabam também podendo causar dependência, visto que conforme apontado por Silveira e Doering-Silveira (2014), por mais sejam substâncias frequentemente utilizadas pela medicina, isso não exclui o potencial de ou abuso ou dependência delas, entretanto nem todos os xaropes são feitos a partir de codeína, CEBRID (2012) dá exemplos dos xaropes fitoterápicos que são feitos com outras plantas como o agrião, guaco entre outros.

A maioria das substâncias que integram os agrupamentos dos benzodiazepínicos, barbitúricos, opioides e dos xaropes são medicamentos, é interessante como a nomenclatura contribui para a tolerância ao uso de SPA, a medicação parece ser menos danosa e perigosa, enquanto o termo drogas representa perigo e toxicidade. Por exemplo, algumas pessoas dizem que não consomem drogas, mas utilizam alguns dos medicamentos da categoria listada, outras também

alegam que não utilizam drogas, apenas fumam ou bebem, esse é um processo internalizado, onde restringem a pluralidade dos conjuntos de substâncias, reduzindo-os apenas as drogas ilícitas.

Olhar para as drogas sintéticas (fabricadas em laboratórios) e medicamentosas é relevante para se entender o consumo de drogas na sociedade brasileira, principalmente por essas substâncias serem utilizadas para uma finalidade, seja para tratamento de comorbidades, cirurgias, exames, entre outros procedimentos médicos e/ou clínicos, ou seja, há uma necessidade para a sua utilização, deste modo seu uso é validado socialmente. Além disso, são produtos que passam por verificações de qualidade, controle e fiscalização, sendo feitas dosagens seguras para tentar minimizar os efeitos negativos das substâncias utilizadas, assim contribuindo para um uso relativamente seguro. Por outro lado, as drogas ilícitas são mais associadas ao prazer e ao uso recreacional, melhor dizendo, socialmente não há a necessidade para o consumo delas, por isso são proibidas na tentativa de extinguir essa prática, o que faz com que não haja controle de qualidade desses produtos, acarretando na potencialização das complicações do seu consumo.

Deste modo, o paralelo entre os medicamentos e as drogas ilícitas, serve para elucidar como os valores e preconceitos sociais contribuem para potencialização dos problemas associados ao uso de drogas, visto que contribuem para a marginalização de determinadas substâncias e grupos sociais, ocasionando condições tanto de produção como de consumo precárias de SPA. É relevante entender que devido a produção de certas substâncias serem ilegais, muitas sofrem adulteração, ou seja, são acrescentados outros produtos para aumentarem o lucro das vendas, o que pode colocar ainda mais em risco a saúde do sujeito que a consome, além do próprio contato e muitas vezes, envolvimento do sujeito com a criminalidade

Em conformidade com Capistrano *et al.* (2013), o tráfico se torna atrativo para vários dependentes químicos, pois esse trabalho informal é visto como um “ideal de conquista” que prevê “remuneração fácil” e de prestígio, constituindo como um meio do depende de se afastar da realidade precária ao qual está inserido. Ademais, como visto no capítulo um, as condições de trabalho são extremamente precárias, principalmente pela alta exploração, falta de estrutura, falta de direitos trabalhistas e violências tanto por parte dos criminosos quanto dos policiais, além disso, há a dificuldade desses usuários em adentrarem no mercado formal de trabalho, principalmente pela estigmatização desses grupos, deste modo, o tráfico não se torna uma escolha para esses indivíduos, mas a única opção para eles. Principalmente, pois ao longo do tópico será exposto como os usuários dependentes de drogas acaba ficando cada vez mais isolados da sociedade, em

complemento Scheffer e Quixaba (2015), acerca do estigma que a população usuária de drogas, destacam:

Esse estigma não facilita em nada o ingresso dessas pessoas na sociedade “civilizada”; pelo contrário, com a falta de oportunidade que a sociedade brutalmente lhes extrai, só impulsiona mais essas pessoas à situação de dependência que a sociedade tanto condena. Esses estereótipos discriminatórios são sustentados por dois alicerces, a desigualdade social e a falta de oportunidades igualitárias para todos. (SCHEFFER; QUIXABA, p. 86, 2015).

Retornando a categorização das SPA, a segunda categoria denominada de drogas estimulantes, que são definidas por Silveira e Doering-Silveira (2014) como substâncias que afetam o cérebro, provocando a aceleração de suas atividades, sendo utilizadas tanto para se obter um estado de euforia, e conseqüente diminuição do sono, como também para perda de apetite e como medicamentos para algumas doenças neurológicas ou transtornos neurológicos, como o déficit de atenção. Dentre as substâncias que compõem essa categoria, estão as anfetaminas, que de acordo com o CEBRID (2013), são compostas pela Dietilpropiona ou Anfepromona, que comercialmente pode ser vendida como Dualid S, Hipofagin, Inibex S ou Moderate; Fenproporex que é comercializado como Desobesil-M; Mazindol que pode ser comercializada como Fagolipo ou Absten-Plus; Metanfetamina, que não é mais comercializada no Brasil de forma legal, mas antes recebia o nome de Pervitin e passou a ser chamado de ICE nos EUA; e por último, o Metilfenidato comercializado como Ritalina.

A segunda substância que compõe a classe dos estimulantes é a cocaína, que conforme descrito pelo CEBRID (2013), na forma de sal (cloridrato de cocaína), também é conhecido como “pó”, “farinha”, “neve” e “branquinha, que é uma substância solúvel em água e seu consumo se dá pela aspiração, ou por via intravenosa, diluídas em água; já na forma de base, é produzido o crack e a merla, ambos são fumados, pois a forma de base da cocaína além de ser pouco solúvel em água, ainda volatiliza quando aquecida, entretanto, a merla, é um produto sem muito refino e que acaba sendo contaminada pelos produtos utilizados para a extração da cocaína, além de ser preparada de maneira diferente do Crack; por último, tem a pasta de coca, que é um produto que se obtém nas primeiras extrações de cocaína das folhas de coca, no qual se utilizam álcali, solvente orgânico como querosene ou gasolina, e ácido sulfúrico, por isso é uma substância com muitas impurezas tóxicas, pois também não é refinada, a pasta de coca é fumada por cigarros chamado de “*basukos*”.

Os efeitos das anfetaminas e da cocaína são bem similares, segundo Silveira e Doering-Silveira (2014, p. 80), essas substâncias causam “excitação, euforia, diminuição do cansaço, irritabilidade, insônia, perda do apetite, hipervigilância, logorreia (falar exageradamente), agitação psicomotora, exacerbação simpatomimética (coração acelerado, febre, pupilas dilatadas, suor, hipertensão arterial)”. A última substância pertencente à classe dos estimulantes é a nicotina que é extraída do tabaco, em conformidade com CEBRID (2012), os principais efeitos são uma pequena elevação do humor e diminuição do apetite, sendo constatada por alguns usuários a sensação de relaxamento.

O paralelo feito anteriormente entre os medicamentos e as drogas ilícitas fica mais evidente na categoria de estimulantes, visto que há a presença de remédios bem comum para pessoas com transtornos de déficit de atenção e hiperatividade - TDAH, como a Ritalina, e também SPA que são permeadas de pânico moral como o Crack. Deste modo, se nota que por mais que tenham efeitos similares, a questão da dosagem e o modo de consumo da substância, são o que vão contribuir para um consumo relativo seguro ou prejudicial, por mais que com o tempo, a tolerância a ela irá aumentar, e conseqüentemente as doses também.

A terceira categoria, é denominada de drogas perturbadoras do SNC, que de acordo com Silveira e Doering-Silveira (2014), são substâncias que alteram a percepção da realidade do usuário, provocando alterações no funcionamento do cérebro. Dentre as SPA que integram essa categoria, CEBRID (2012), Silveira e Doering-Silveira (2014) destacam os canabinoides: maconha, haxixe, “skank”, Bangh, Ganja, diamba, marijuana, marihiana, Tetraidrocanabinol - THC. Silveira e Doering-Silveira (2014) apontam que os principais efeitos da maconha são excitação seguido de relaxamento, euforia, distorções da percepção do tempo e espaço, logorreia, hiperfagia (aumento do apetite), alucinações (principalmente visuais), palidez, taquicardia, olhos avermelhados, pupilas dilatadas e boca seca.

As plantas e cogumelos alucinógenos também são categorizados como drogas perturbadoras, segundo o CEBRID (2012), os vegetais alucinógenos presentes no Brasil que compõem esse grupo são os cogumelos das espécies *Psilocybe cubensis* e *Paneoulus*, a planta *Mimosa hostilis*, também conhecidas como jurema, as plantas Caapi e Chacrona, que recebe o nome de Ayahuasca pelos povos indígenas quéchuas. CEBRID (2012) acrescenta que esses vegetais alucinógenos provocam alucinações e delírios que variam bastante, podendo ser

agradáveis ou desagradáveis, dependendo de uma série de fatores, como a sensibilidade e a personalidade do usuário, ambiente, presença de outras pessoas etc.

Os anticolinérgicos também estão inseridos dentro da categoria de perturbadores, conforme descrito por CEBRID (2012), Silveira e Doering-Silveira (2014), elencam plantas e medicamentos que constituem esse grupo, como a Datura, Lírio, Trombeta, Trombeteira, Cartucho, Saia-Branca, Zabumba e medicamento como o trihexafenidil - Atane, biperideno - Akneton e Bentlyl, cujos efeitos são a promoção de bem-estar e aumento da sociabilidade, alucinações e delírios. Há também os perturbadores sintéticos como o LSD, também chamado de ácido, cujos efeitos provocados, segundo o CEBRID (2012), são uma série de distorções no funcionamento do cérebro, o que acarreta em uma gama de alterações psíquicas, e seus efeitos alucinógenos dependem dos mesmos fatores dos anticolinérgicos, além de haver a alternância dos efeitos de euforia e excitação, para efeitos depressivos e sensação de pânico.

A última substância elencada na categoria dos perturbadores é o *êxtase*, popularmente conhecido como MDMA (3,4 – metilenodioximetanfetamina), A, E, I, X, XTC e ADAM, em conformidade com CEBRID (2012), se trata de uma droga vendida de forma comprimido, que com o passar dos anos começou a perder a sua pureza, podendo conter substâncias como MDA, MDEA, metanfetamina, anfetamina, cafeína, efedrina e LSD, além da quantidade de MDMA. Os efeitos causados pelo *êxtase* de acordo com CEBRID (2012) são um pouco parecidos com os estimulantes do SNC, provocando agitação e euforia, assim como os perturbadores causando alucinações, embora de maneira menos intensa que os outros, além do aumento na percepção de cores e músicas, diminuição do apetite, dilatação das pupilas, aumento dos batimentos cardíacos e da temperatura corporal, e também rangido de dentes.

Além desses efeitos listados, o uso prejudicial dessas substâncias pode acarretar várias outras complicações, dentre elas, Lacerda Neto e Silva (2023) apontam para a intoxicação aguda, síndrome de dependência, síndrome de abstinência, transtorno psicótico, síndrome amnésica, transtorno psicológico residual ou de instalação tardia, e transtornos mentais e outros comportamentais. Além disso, acarreta vários outros quadros de comorbidades, entretanto como não se pretende esgotar o tema das implicações que esse uso nocivo provoca na saúde do usuário, será abordado apenas algumas comorbidades psiquiátricas e o impacto social do abuso de SPA.

Entretanto, é importante salientar que assim como visto no decorrer do tópico, os efeitos e complicações do uso de drogas vão além da substância consumida, sendo influenciados por uma

série de fatores, dentre eles Silveira e Doering-Silveira (2014, p.76) ressaltam: “o tipo e quantidade da substância utilizada; a via de utilização de substância; características biopsicológicas do usuário; condições ambientais onde dá o uso da substância. Deste modo, por mais que existam substâncias mais propensas a desenvolverem a dependência química, vários outros fatores também devem ser considerados para o entendimento de seus efeitos. Assim, é necessário desassociar o uso de drogas, principalmente as ilícitas como algo puramente ruim, uma vez que é o consumo abusivo de SPA ou a dependência delas que de fato vão ocasionar em complicações para a vida do sujeito.

Dessa maneira, o uso de drogas não necessariamente é algo ruim, entretanto é uma prática com riscos envolvidos, pois como existe uma linha tênue entre o uso recreacional e a dependência química, alterações na frequência e/ou quantidade da substância utilizada podem ocasionar no uso prejudicial de SPA, que traz vários prejuízos ao indivíduo. Acerca desses malefícios, Sá *et al.* (2021) e Capistrano *et al.* (2013) explicitam que a dependência química provoca uma síndrome composta por um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, alterando valores pessoais, familiares e sociais, caracterizando-se como um estado de uso compulsivo e incontrolável da substância, estando sempre associado aos prejuízos e sofrimentos, advindos dessa prática.

Dessa maneira, o uso de drogas não necessariamente é algo ruim, no caso do álcool por exemplo, é uma substância bem popular, inclusive incentivada socialmente no Brasil, onde as pessoas fazem usos esporádicos e não são tão afetadas pelas consequências do álcool, salvo os que tentam dirigir embriagados, enquanto vão ter pessoas que vão acabar se tornando alcoólatras, devido à alta frequência e quantidade ingerida de álcool.

Compreender que a relação do indivíduo com a substância é a principal responsável pelos agravantes das drogas, é de extrema relevância para desconstrução de preconceitos acerca das drogas, pois é dessa forma que passamos a entender como o sujeito criou a necessidade de consumir determinada substância. Os motivos para o consumo e abuso de SPA são bem variados, porém Capistrano *et al.* (2013), Silva e Gomes (2019), destacam que a adolescência costuma ser vista como um período de experimentações de drogas, por se tratar de um momento de descobertas, curiosidades e também de busca por aprovação e validação social, assim como mais suscetíveis a influência externa. Somado a isso, Willemann *et al.* (2013), salientam que no Brasil, há um grande incentivo ao consumo de álcool, por meio de propagandas e de relações interpessoais, além do fato de ser uma substância socialmente aceita.

Em acréscimo, Capistrano *et al.* (2013), Silveira, Oliveira e Alves (2018) destacam a importância de se atentar ao contexto social no qual os transtornos por uso de substâncias se desenvolvem, pois dessa forma é possível observar os estímulos condicionantes da dependência e como se iniciou o consumo de drogas. Uma vez que o uso de drogas pode causar transtornos mentais, entretanto, da mesma forma, os transtornos mentais podem fazer com que o indivíduo comece a consumir SPA, deste modo, o contexto social, se torna peça fundamental para a assistência em saúde mental para esses usuários, visto que enquanto os determinantes sociais, ambientais e biológicos que levarem o indivíduo a iniciar o consumo de substâncias, permanecerem, mesmo que o usuário consiga parar de usá-las, ele voltará a utilizá-las mais cedo ou mais tarde.

Assim como as complicações do uso abusivo de drogas, os transtornos mentais, segundo Sá *et al.* (2021), não dependem de condições específicas, podendo ocorrer por vários fatores, sendo eles biológicos, psicológicos, socioculturais e também pelo uso de SPA, sendo que os transtornos associados ao uso nocivo de drogas, a segunda maior causa de internações psiquiátricas no Brasil. Dentre esses transtornos psiquiátricos, estão tanto a dependência química, como já listada, além dos Transtornos Psiquiátricos Menores – TPM ou Transtorno Mental Comum - TMC, que de acordo com Moreira *et al.* (2020a), são constituídos por sintomas de depressivos, ansiosos ou sintomas somáticos, sendo esses transtornos considerados o sofrimento mental mais predominante na população mundial. A respeito dos sintomas dos sujeitos com TPM, Silveira, Oliveira e Alves (2018) explicitam:

A maioria dos indivíduos com TPM apresenta queixas como tristeza, ansiedade, cansaço, diminuição da concentração, problemas somáticos, irritabilidade e insônia. Essas morbidades menores também podem ser denominadas como transtornos mentais comuns, termo que reforça a frequente ocorrência desses transtornos. Esse tipo de queixa é um dos motivos recorrentes na demanda da Atenção Primária à Saúde, contudo, muitas vezes, não recebe a devida atenção e tratamento. A literatura aponta que os usuários com TPM podem apresentar prejuízos e incapacidades funcionais comparáveis ou mais graves que as pessoas com transtornos crônicos, com impactos econômicos, sociais e sobre o padrão de vida das pessoas e das famílias. (SILVEIRA; OLIVEIRA; ALVES, p. 29-30, 2018).

Vale ressaltar que do mesmo modo que o uso prejudicial de drogas pode acarretar no desenvolvimento de TMC, a presença de TPM pode contribuir para o uso abusivo e/ou dependência de drogas. Em concordância, Moreira *et al.* (2020b), destaca a depressão como precursora frequente do consumo nocivo de SPA, o que acaba por agravar o quadro depressivo do sujeito,

assim como há uma tendência de abuso de substâncias por pessoas com transtornos mentais graves, que evolui rapidamente para a dependência. Dessa maneira, se entende que há a correlação mútua entre o TMC e o abuso de drogas, onde um acaba favorecendo a incidência do outro, o que acaba agravando cada vez mais o quadro do adicto.

Ademais, os prejuízos ocasionados pelo abuso de drogas, não se restringe ao adicto, afetando também seu núcleo familiar como cônjuges, pai, mãe, irmãos, filhos, amigos. Visto que, segundo Fernandes e Soares (2018) os membros da família do dependente químico, também denominados como codependentes, acabam sofrendo durante esse processo, principalmente devido ao sentimento de culpa e responsabilização pelo estado do usuário de drogas, o que acaba fazendo com que adoeçam junto com o dependente, desestabilizando a família. Outro impacto do uso prejudicial de drogas no âmbito familiar, está relacionado a fragilização ou perdas dos vínculos com os membros do núcleo familiar do dependente, uma vez que segundo Capistrano *et al.* (2013, p. 471), a dependência química produz um quadro de patologias que favorece situações desagradáveis, conflitos e crises nos relacionamentos interpessoais, causando dificuldades no manejo dessa problemática entre os familiares”.

Em acréscimos Trigueiro e Labronici (2011), destacam a incidência da violência doméstica do tipo física, psicológica e patrimonial praticadas contra mulheres, causado pela dependência química de álcool e crack pelos companheiros, se configurando como fator de risco para a ocorrência dessa violência, além de acarretar sentimentos de medo e desestruturação da relação familiar, além de afetar necessidades humanas básicas. Nota-se que o uso nocivo de SPA, traz bastantes prejuízos ao sujeito e as pessoas ao seu redor, entretanto a família pode tanto desempenhar um papel fundamental no tratamento do adicto, como pode contribuir para essa prática abusiva, acerca dessa relação entre a família e o consumo abusivo de substâncias, Fernandes e Soares (2018) aponta:

A família é o núcleo de formação do sujeito, podendo ou não contribuir de forma preventiva contra a utilização ou abuso de substâncias psicoativas. Por isso, percebe-se o quanto a situação familiar do dependente de substâncias psicoativas é relevante no seu tratamento e, por vezes, no tratamento da própria família na qual está inserido. (FERNANDES; SOARES, p. 207, 2018)

O núcleo familiar do dependente de SPA, é uma importante rede de apoio para o adicto, entretanto devido aos conflitos que o uso acarreta, muitos acabam perdendo esse pilar fundamental

para a superação da condição de dependente químico, o que acaba contribuindo para que o quadro de dependência química se agrave. Outro fato importante, é se pensar no ambiente familiar também como ambiente de fomento ao consumo de determinadas substâncias, não só como incentivos diretos, como oferecer, encorajar o consumo de drogas, mas também de exemplo. As substâncias lícitas como as bebidas alcoólicas e o cigarro, por exemplo, são substâncias bem comuns de se encontrar em eventos familiares, onde em alguns casos há o acesso facilitado aos adolescentes, promovendo uma cultura de consumo, mostrando que também há uma correlação entre o núcleo familiar e o uso de drogas.

Outra esfera social da vida do dependente químico é o trabalho, Capistrano et al. (2013) aponta que o uso problemático de drogas pode gerar problemas laborais, e que muitas vezes pode levar ao desemprego, pois o baixo nível de lucidez causado pela droga, acarreta em um quadro de desorganização, o que acaba comprometendo o desenvolvimento de atividades pertinentes a função no trabalho. Após a perda do emprego, devido aos estigmas e preconceitos que essa população sofre, acaba dificultando a entrada do adicto ao mercado formal novamente, contribuindo muitas das vezes para um cenário onde o dependente fique em condição de rua, porque não possui renda e acaba se afastando da família para manter seu vício, aumentando a vulnerabilidade social e agravando seu quadro.

Isso ocorre, pois conforme exposto por Capistrano *et al.* (2013), o uso de drogas passa a ser priorizado pelo dependente, visto que há um alto emprego de tempo para obtenção e consumo de droga, o que acaba fazendo com que a vida do sujeito gire em torno delas. Deste modo, é possível observar que o abuso de SPA acaba favorecendo cenários e condições de isolamento social, o que acaba prejudicando a saúde mental do adicto, pois além das comorbidades psiquiátricas, esses cenários provocam uma série de sentimentos negativos que podem resultar em tentativas de suicídio, Moreira *et al.* (2020b), salientam em sua pesquisa, que os homens usuários de drogas, que apresentam relações prejudicadas com a família, devido ao consumo de entorpecentes, relataram sentimentos de fracasso e inutilidade, além de se intitularem como motivo de decepções familiares, onde procuraram no autoextermínio, a solução para acabar com esse incomodo.

Em concordância, Moreira *et al.* (2020a), elencam um estudo de caso controle, no qual expõem que o uso prejudicial de drogas duplica as chances para a tentativa de suicídio, e somado a presença de transtorno mental, eleva em dez vezes o risco para o ato, além de contribuir para o aumento do número de violências auto provocadas. Dentre os fatores de risco para o suicídio,

Moreira *et al.* (2020b, p. 7), apontam o “uso de abusivo de multiplicas substâncias associados à presença de comorbidades psiquiátricas e relações sociais prejudicadas.

Além do risco de suicídio, os fatores e condições que o uso prejudicial de SPA contribui para a incidência de outros comportamentos e contextos de risco, como exposições a Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST, situações de rua, acidentes, contato com a criminalidade e violência, não só por parte do tráfico, mas também policial. Assim, a problemática das drogas surge como um problema social e de saúde pública, pois não se restringe apenas às comorbidades psiquiátricas e físicas e seus efeitos, mas também por agravar e potencializar outros problemas sociais e problemas de saúde.

Por fim, entender os impactos negativos do uso prejudicial de drogas, é entender como as políticas de drogas atuam, visto que as políticas guiadas pelo caráter proibicionista, apenas corroboram para a marginalização dos adictos, contribuindo para a incidência de preconceitos e estigmatização do consumo de drogas, por parte da sociedade, incluindo a família e profissionais que desempenham um papel importantíssimo para a recuperação do dependente. Desta forma, potencializando também o senso de valor do dependente químico, assim como a predisposição em procurar ajuda médica, familiar ou de amigos.

3 PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS USUÁRIO DA COMUNIDADE TERAPÉUTICA “DESAFIO JOVEM DE BRASÍLIA”

3.1 Metodologia da pesquisa

O modelo de pesquisa adotado foi o descrito, pois se pretendia identificar e descrever as características do perfil socioeconômico que se destacavam nos perfis dos usuários da CT “Desafio Jovem de Brasília”, que poderiam influenciar a população estudada a interromperem seu tratamento. Acerca da pesquisa descritiva, Gil (2002) explicita:

[...] a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. [...] Entre as pesquisas descritivas, salientam-se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde física e mental etc. (GIL, 2002, p. 42).

A metodologia adotada foi a de análise documental, no qual se utilizou dados dispostos dos prontuários dos usuários presentes no Sistema CT da instituição “Desafio Jovem de Brasília”, que pertencessem aos critérios adotados para a pesquisa. A respeito da pesquisa documental, Gil (2002) elucida:

A pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A diferença essencial entre ambas está na natureza das fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não recebem um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa. (GIL, 2002, p.46).

A princípio, a pesquisa foi estruturada para ser realizada no CAPS AD de Sobradinho II, porém, devido à falta de registros dos dados do perfil socioeconômico dos usuários, a pesquisa se tornou inviável, deste modo foi necessária uma reformulação para se adaptar a CT “Desafio Jovem de Brasília”. Desta forma, os dados coletados sofreram alterações, diferente dos dados elencados no Projeto de Pesquisa – PTCC, conforme o apêndice 1, os dados coletados foram: escolaridade, estado civil, gênero, idade, local de residência, profissão, perfilhação, raça/etnia, religião, período de permanência no tratamento e motivo de desligamento.

A CT “Desafio Jovem de Brasília”, é uma instituição privada sem fins lucrativos, que atua desde de 1972 com usuários de SPA, com Transtorno por Uso de Substâncias – TUS, o projeto

terapêutico ofertado por ela pode variar de 9 meses a 12 anos, sendo que os 3 últimos meses são destinados a preparação para o mercado de trabalho. A instituição possui parceria com a Secretária de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal – SEJUS, e registro no Conselho de Política sobre Drogas do Distrito Federal – CONEN – DF, ofertando 25 vagas financiadas pelo Fundo Antidrogas do Distrito Federal – FUNDAD, destinado a vagas sociais.

Assim, foram definidos critérios para a coleta de dados com base no funcionamento da instituição, estabelecendo dois grupos a serem analisados, o Grupo de Controle - GC e o Grupo Estudado - GE. Os critérios do GC foram: ter tido vínculo com a instituição e terem aderido ao tratamento por período igual ou superior a 5 meses no momento analisado, já para o GE foram: indivíduos que tiveram vínculo com a instituição, iniciaram o tratamento e interromperam o tratamento no momento analisado. O período estabelecido para a análise foi de 01/07/2024 a 31/10/2024.

O primeiro passo para a coleta de dados se deu com o contato e apresentação do PTCC para a diretora da CT “Desafio Jovem de Brasília”, que foi realizado através de chamadas telefônicas e mensagens pelo WhatsApp. Após esse contato e confirmação da viabilidade da pesquisa, foi encaminhado a Carta de Anuência para a realização da pesquisa, disposta no apêndice II, de forma a cumprir a Lei Geral Proteção de Dados Pessoais – LGPD e garantir o sigilo dos dados dos acolhidos da entidade.

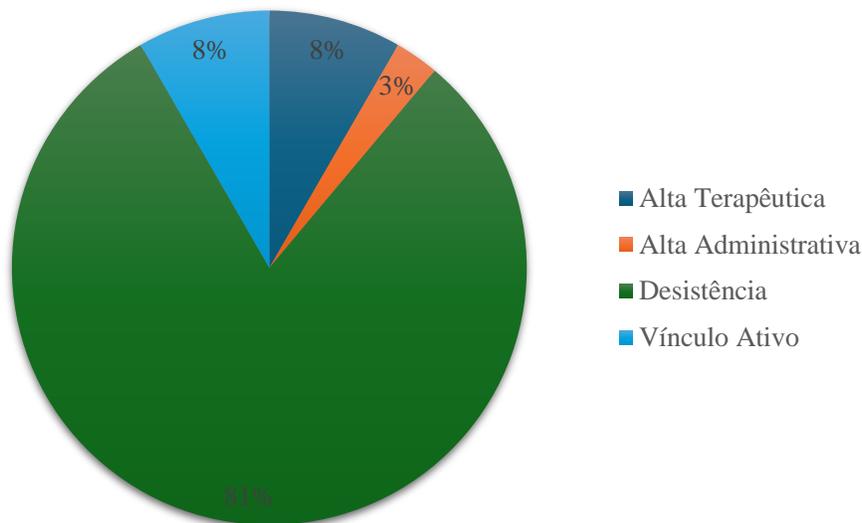
Os dados dos usuários da CT foram repassados para o pesquisador, pela diretora das instituições através de arquivos com formato .xlsx (planilhas), contendo o número do prontuário dos acolhidos e os dados elencados acima, de forma a garantir o sigilo dos acolhidos. Ao todo, foram repassados dados de 66 usuários, entretanto após a filtragem dos dados, apenas 36 atendiam aos critérios estabelecidos. Os dados foram sistematizados em tabelas e gráficos com o auxílio dos programas Excel e Word da empresa Microsoft, e depois analisados.

3.2 Análise de dados

Os dados analisados do perfil socioeconômico dos usuários da CT “Desafio Jovem de Brasília” foram: escolaridade, estado civil, gênero, idade, local de residência, profissão, perfilhação, raça/etnia e religião. Além desses dados, foram analisados o status dos acolhidos na instituição e o período em meses do tratamento onde os adictos evadem do tratamento. O objetivo de analisar esses fatores, foi de compreender quais deles poderiam impactar na permanência dos indivíduos no tratamento.

3.2.1 Distribuição de acolhidos segundo status na instituição

Gráfico 1 – Distribuição de acolhidos segundo status na instituição



Fonte: elaboração própria (2025).

Conforme exposto no gráfico 1, 86% (29 acolhidos) dos usuários acabaram interrompendo o tratamento, sendo que apenas 8% (3 acolhidos) deles concluíram o tratamento, ou seja, receberam alta terapêutica e 8% (3 acolhidos) continuam no tratamento por período igual ou superior a 5 meses.

Esse fato ocorre devido a uma série de fatores que dificultam a adesão dos usuários ao tratamento, dentre eles Queiroz (2023) em sua pesquisa no CAPS AD III do estado de Tocantins, destaca o estigma que a própria pessoa tem sobre si, pois devido ao estigma social criado em torno das drogas e de seus consumidores, esses sujeitos acabam incorporando certos rótulos, como vagabundo (a), drogado (a), preguiçoso (a), gente ruim, pobre, preguiçoso, desinteressado e sem força de vontade. Segundo a autora, essa percepção sobre si do usuário contribui para o fortalecimento da ideia de incapacidade, reforçando a resistência em procurar ajuda, a estimação e a exclusão.

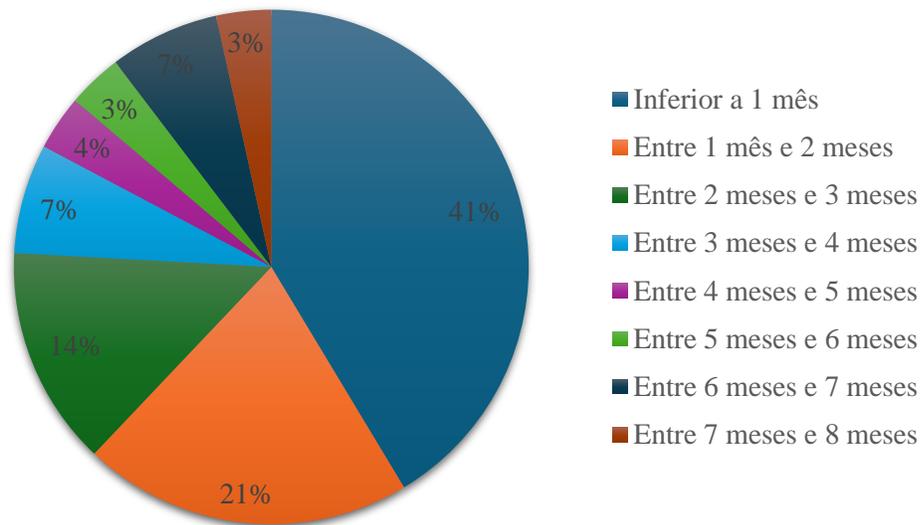
Outro fator que Queiroz (2023) aponta como relevante para se entender a dificuldade de adesão ao tratamento, é a relação negativa com a rede social, uma vez que a rede social pode se configurar como fator de risco ou de proteção, além de se configurar como um importante suporte ao tratamento. Em concordância, Trevisan e Castro (2019) explicam que a família se torna um fator de proteção ao uso prejudicial de drogas quando oferece um ambiente doméstico harmônico e seguro, por outro lado, pode ser considerada um risco quando esse contexto familiar é desordenado, há consumo ou atitudes favoráveis com relação ao uso de drogas, quando não há suporte e apoio social, além de expectativas altas e irrealistas entre os membros.

Dessa forma, devido ao estigma social em torno das drogas, muitos indivíduos acabam escondendo sua condição de uso abusivo e/ou dependência química, agravando seu quadro e dificultando sua permanência no tratamento, visto que devido a esse agravante, surgem outras comorbidades psiquiátricas e físicas, além de impactos nas relações sociais, afetivas e modificações no contexto social.

Outrossim, Moreira *et al.* (2020b) e Capistrano *et al.* (2013) salientam em suas pesquisas que o consumo de múltiplas substâncias favorece o surgimento de transtornos mentais e comportamentais. Afetando assim, sua permanência aos tratamentos, visto que devido ao uso de múltiplas substâncias e somado a procura tardia por tratamento, acaba favorecendo outras complicações além do TUS.

3.2.2 Distribuição de acolhidos segundo a tempo de tratamento antes da interrupção

Gráfico 2 – Distribuição de acolhidos segundo a tempo de tratamento antes da interrupção



Fonte: elaboração própria (2025).

Verifica-se que a maioria dos casos de interrupção do tratamento se dá nos dois primeiros meses, sendo a maior prevalência de 41% (12 acolhidos) referente a evasão antes do usuário completar um mês de tratamento, seguido de um mês completo de tratamento, 21% (6 acolhidos) e dois meses completo de tratamento, 14% (4 acolhidos). Deste modo, se entende que há uma dificuldade de adaptação ao tratamento e ao contexto social da CT, uma vez que os indivíduos são internados voluntariamente, e conseqüentemente precisam se adaptar a instituição, aos funcionários, aos outros acolhidos, o que pode ser estressante, pois esse início do processo de abstinência por si só já é estressante.

Os dados obtidos corroboram com o estudo de Fernandes *et al.* (2017), em um centro de estudos, prevenção e tratamento ambulatorial da dependência química no sul do Rio Grande do sul, no qual mostram que há uma probabilidade maior de evasão ao tratamento no primeiro mês de tratamento. Segundo os autores, a chance de evasão de usuários com apenas um mês de adesão ao tratamento, é cinco pontos percentuais maior do que aqueles que permaneceram por cerca de um ano em atendimento, sendo que a mesma diferença é vista para os recém-chegados ao serviço e dos que estão apenas a um mês.

Acerca das dificuldades dos adictos em se adaptarem à CT, António (2009) em sua dissertação de Mestrado, explicita que inicialmente há lacunas emocionais e de cuidados dos acolhidos com os cuidadores, o que afeta suas capacidades de auto regulação e regulação emocional, e na internalização de relações positivas com os outros, o que pode acarretar em dificuldades de adaptação social e relacional. Em complemento, Raupp e Milnitisky-Sapiro (2008) relatam em sua pesquisa, que a convivência grupal na CT alternava entre momentos de integração, harmonia e apoio mútuo entre os residentes, e em inúmeras ocasiões de brigas, conflitos e intrigas, demonstrado a dualidade entre o caráter prazeroso e desafiante da coabitação na CT.

Outrora, Vasters e Pillon (2011) apontam que quando o sujeito não possui o objetivo de reduzir o consumo de SPA, acaba favorecendo o abandono precoce do tratamento. Assim, a motivação do acolhido em aderir ao tratamento também se mostra importante para compreender sua permanência, pois em alguns casos o indivíduo adere ao tratamento devido a vontade de terceiros, e por causa das dificuldades em estabelecimentos de vínculos, adaptação a instituição e conflitos, essa motivação não é suficiente para a permanência no tratamento.

3.2.3 Distribuição de acolhidos segundo a escolaridade

Tabela 2 – Distribuição de acolhidos segundo a escolaridade

Escolaridade	Quantidade de Acolhidos do GC	Quantidade de Acolhidos do GE
Analfabeto	0	1
Ensino Fundamental Incompleto	2	7
Ensino Fundamental Completo	1	3
Ensino Médio Incompleto	2	6
Ensino Médio Completo	0	9
Ensino Superior Incompleto	2	0
Ensino Superior Completo	0	2
Pós-graduação	0	1
Total	7	29

Fonte: elaboração própria (2025).

Ao observar a tabela 2, é possível verificar que 71,4% (cinco acolhidos) do GC não terminaram o ensino médio, o que se repete no GE, entretanto em uma proporção menor, 58,6% (17 acolhidos), demonstrando assim, não haver uma correlação expressiva entre escolaridade e evasão ao tratamento, visto que esse fator não se mostrou relevante para a conclusão do tratamento, ou permanência ao mesmo. Além disso, a maior incidência foi dos usuários que interromperam o tratamento possuíam o ensino médio completo, aproximadamente 31% (nove acolhidos), ademais

6, 9% (dois acolhidos) possuíam o ensino superior completo e 3,4% (um acolhido) fez uma pós-graduação.

Os dados dessa pesquisa diferem entre alguns aspectos de outras pesquisas, principalmente por haver uma predominância de usuários que concluíram o ensino médio, enquanto em pesquisas realizadas Basso *et al.* (2021), Monteiro *et al.* (2011), Almeida e Luis (2017), evidenciam uma maior prevalência de adictos que concluíram o ensino fundamental. Por outro lado, o presente estudo corrobora com a literatura evidenciada por Trevisan e Castro (2019) e Sá *et al.* (2021), onde a população estudada em geral possui baixa escolaridade, onde é sugerida uma relação entre evasão escolar e consumo de SPA, sendo que esta relação pode ser explicada pelas consequências que o uso de drogas provoca na vida dos usuários, como dificuldades cognitivas e outras implicações na saúde.

A baixa escolaridade não é um fator prejudicial à permanência no tratamento, como é possível observar, se analisar apenas o GC é notório que ela favorece a permanência do indivíduo no tratamento. Isso pode ser explicado pois devido à baixa escolaridade, ainda mais com o ensino público precário das escolas públicas, o senso crítico não é exercitado, contribuindo para uma adequação e aceitação de dogmas e valores religiosos que estão presentes na CT além de uma confiança maior nos profissionais que atuam na instituição. Por outro lado, esse fato também não se mostra suficiente para garantir a permanência dos usuários no tratamento, visto que há um grande percentual de acolhidos no grupo de GE que possui baixa escolaridade e acabam evadindo do tratamento.

3.2.4 Distribuição de acolhidos segundo o estado civil

Tabela 3 – Distribuição de acolhidos segundo o estado civil

Estado Civil	Quantidade de Acolhidos do GC	Quantidade de Acolhidos do GE
Casado	2	7
Divorciado	1	2
Solteiro	4	17
União Estável	0	3
Total	7	29

Fonte: elaboração própria (2025).

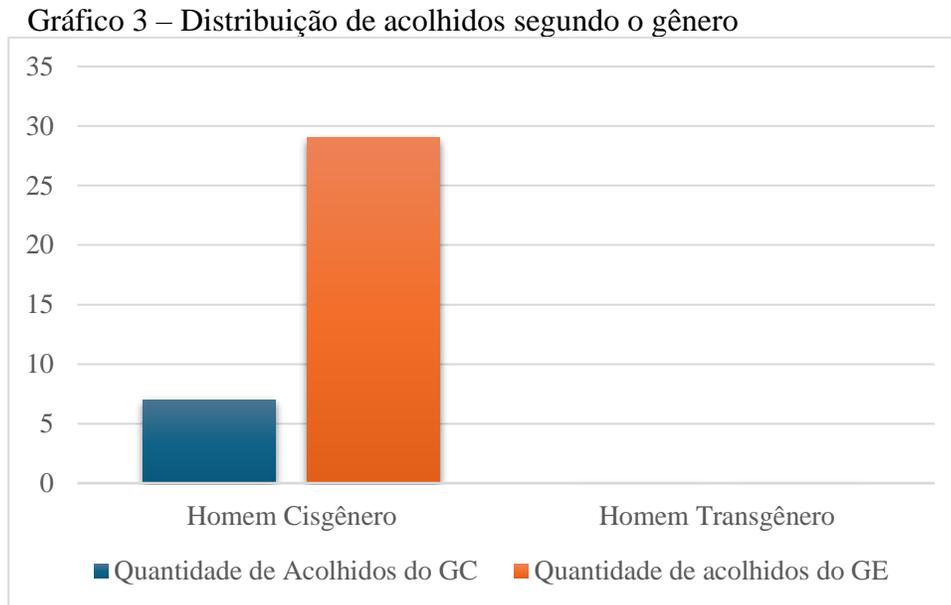
Nota-se na tabela 3 a predominância de usuários solteiros tanto no GC, aproximadamente 57% (4 acolhidos), quanto no GE, cerca de 58,6% (17 acolhidos), seguidos do estado civil casado, sendo respectivamente 28,6% (2 acolhidos) e 24,1% (7 acolhidos) dos indivíduos dos grupos listados anteriormente. Embora proporcionalmente os valores dos grupos analisados sejam bem próximos, o número de acolhidos solteiros do GE é bem significativo, demonstrando que esse fator pode interferir na permanência no tratamento.

Os dados dessa pesquisa corroboram com os dados de outras pesquisas, como as de Monteiro *et. al.* (2011), Basso *et. al.* (2021), Almeida e Luis (2017), Freitas, Silva e Araújo (2012), as quais demonstram uma predominância do estado civil solteiro dessa população. Esse fato pode ser explicado pois o abuso de drogas pode desencadear conflitos, alterações de humor, violências de vários tipos por parte do adicto, além de causar sofrimento não apenas ao adicto, mas também nas pessoas próximas a ele, acarretando assim na fragilização de vínculos sociais e afetivos. Em concordância Trevisan e Castro (2019) apontam que indivíduos que fazem uso prejudicial de SPA têm maior probabilidade de passarem por abandonos conjugais e separações.

Deste modo, pessoas solteiras possuem menos suporte e apoio emocional, visto que na grande maioria das vezes os vínculos com a família estão fragilizados, o que pode contribuir para evasão do tratamento, pois a rede de apoio possui grande importância no tratamento do acolhido. Além disso, Silva e Gomes (2019) destacam que as mulheres/mães são as responsáveis em auxiliar

nos cuidados do dependente químico, reforçando a falta desse apoio para a permanência dos usuários, embora não se saiba a sexualidade dos usuários, é importante considerar esse fato.

3.2.5 Distribuição de acolhidos segundo o gênero



Fonte: elaboração própria (2025).

Observa-se que tanto o GC como o GE são compostos apenas por homens, isso ocorre, pois, a CT “Desafio Jovem de Brasília” atende apenas o público masculino, entretanto nota-se também que são compostos apenas por homens cisgêneros, demonstrando que pode haver uma resistência por parte da população de homens transsexuais para buscarem esse modelo de tratamento, visto que devido a CT ser pautada em vieses religiosos de matriz cristã, pode haver receio e/ou medo em se inserir nesse ambiente institucional.

Isso ocorre, pois muitos discursos e violências contra a população trans são embasados na crença cristã, o que pode contribuir para que esse grupo não se sinta à vontade em instituições desse modelo, visto que passam a ser associadas às situações vivenciadas de violências e invalidação de suas identidades de gênero. Em complemento, Barbosa e Silva (2016) em sua pesquisa acerca da análise de discursos transfóbicos motivados pela ideologia religiosa, constatam:

Foi possível verificar a transfobia religiosa como um discurso complexo de grande herança histórica, os alicerces da teologia heteronormativa não apenas estão presentes no imaginário brasileiro, mas é incentivado pelas grandes instituições religiosas dominantes, que usam do fundamentalismo bíblico bastante seletivo para que ditadores de específica fé continuem construindo hierarquias humanas entre o “normal” ou “anormal”, garantindo a “verdade” acima do próprio direito à existência. (BARBOSA; SILVA, p. 130, 2016).

Outrora, é importante salientar que nem todas as vertentes e/ou seguimentos da religião cristã são adeptos a essa teologia heteronormativa, inclusive algumas apoiam as pautas e a população trans, entretanto pelo cristianismo ser uma ferramenta muito usada por conservadores para embasar seus preconceitos, contribui para o fomentar o sentimento de segurança nessas instituições por parte da população trans.

Ademais, é importante se atentar a questão da permanência de pessoas trans no tratamento de transtornos devido ao uso de SPA, uma vez que segundo TEMMERMAN *et. al* (2017) e REAM (2019) a experiência de discriminação sexual e de gênero contribuem para desencadear transtornos depressivos, consumo de drogas e comportamento sexual de risco, podendo estar associado também a ideação suicida (apud SOUZA, 2021).

3.2.6 Distribuição de acolhidos segundo a idade

Tabela 4 – Distribuição de acolhidos segundo a idade

Idade	Quantidade de Acolhidos do GC	Quantidade de Acolhidos do GE
18-23	0	3
24-29	1	7
30-35	1	6
36- 41	2	5
42-47	2	5
48-53	0	2
54-59	1	1
Total	7	29

Fonte: elaboração própria (2025).

Conforme evidenciado pela tabela 4, as faixas etárias com maior prevalência do GE são de 24 a 29 anos, com aproximadamente 24,1% (7 acolhidos); 30 a 35 anos com 20,7% (6 acolhidos); 36 a 41 anos e 42 a 47 anos com 17,2% (5 acolhidos) cada. Deste modo, percebe-se que conforme a idade aumenta, diminui o número de acolhidos que evadiram ao tratamento. O oposto ocorre no GC onde há uma preponderância GC de 28,6% (2 acolhidos) tanto na faixa etária de 36 a 41, quanto na de 42 a 47, onde até os 47 anos se mostra uma curva crescente onde conforme a idade aumenta, o número de acolhidos que concluíram, ou permanecem no tratamento também aumenta.

Os dados presentes nesta pesquisa diferem da pesquisa Almeida e Luis (2017), e Almeida *et al.* (2014), uma vez que a média encontrada pelos autores foi diferente do encontrado, enquanto os autores encontraram respectivamente a média de 36,9 e 36,88 anos, enquanto nesta pesquisa a média foi de 35,75 anos. Outrora, a tendência de diminuição do uso de drogas conforme a idade aumenta está de acordo com a pesquisa de Almeida *et al.* (2014), que ressalta que o consumo de drogas se concentra entre pessoas mais jovens e diminui conforme envelhecem.

Em complemento, Barbosa, Asfora e Moura (2020) destacam que o auge do uso de SPA ilícitas é por volta dos 18 e 25 anos, sendo que conforme os adultos jovens se estabelecem, casam e assumem responsabilidade pelo seu futuro, existe uma tendência em interromper seu consumo, o que faz com que a taxa de utilização de drogas caia drasticamente. Deste modo, a idade se torna um fator favorável a permanência no tratamento, uma vez que conforme o indivíduo envelhece, há um amadurecimento, contribuindo para a motivação em parar com o consumo e também em como ele enxerga o tratamento.

3.2.7 Distribuição de acolhidos segundo o local de residência

Tabela 5 – Distribuição de acolhidos segundo o local de residência

Cidade	UF	Quantidade de Acolhidos do GC	Quantidade de Acolhidos do GE
Águas Lindas de Goiás	GO	1	1
Brasília	DF	3	2
Brazlândia	DF	0	1
Cabeceiras	GO	0	2
Ceilândia	DF	0	1
Formosa	GO	0	1
Goiânia	GO	0	2
Luziânia	GO	0	1
Novo Gama	GO	0	1
Paracatu	MG	0	3
Planaltina	GO	0	3
Planaltina	DF	0	1
Riacho Fundo II	DF	0	1
Rio de Janeiro	RJ	1	0
Samambaia	DF	0	2
Santa Maria	DF	0	1
São Sebastião	DF	1	0
Sobradinho	DF	0	2
Taguatinga	DF	1	4
Total	-	7	29

Fonte: elaboração própria (2025).

Conforme disposto na tabela 5⁵, há uma grande distribuição de acolhidos por várias RAs do DF e cidades de estados próximos ao DF, como Goiás e Minas Gerais, além de outros como o Rio de Janeiro. Percebe-se que no GC possui uma prevalência na cidade de Brasília, cerca de 42,8% (3 acolhidos), enquanto no GE prevalece a RA Taguatinga com 13,8% (4 acolhidos), e as cidades Paracatu – MG e Planaltina – GO com 10,3% (3 acolhidos).

Para compreender melhor o impacto da localidade dos usuários em sua permanência, primeiramente é importante localizar a sede e o local de acolhimento da CT “Desafio Jovem de Brasília”, que se situam respectivamente em Brasília DF e na área rural de Planaltina – DF. Deste modo, é necessário compreender as facilidades e dificuldades de locomoção da família do adicto até o centro de acolhimento, uma vez que Vasters e Pillon (2011) ressaltam que a ausência de apoio familiar é um fator determinante para o abandono do tratamento.

Por exemplo, 48,3% do GE (14 acolhidos) residiam fora do DF, o que contribui significativamente para reduzir ou impossibilitar as visitas da rede social do adicto. Além disso, até mesmo para quem reside dentro do DF pode haver certas dificuldades, pois apenas 10,3% do GE (3 acolhido) residiam na mesma RA que o centro de acolhimento, no caso a Região Norte; 20,7% do GE (6 acolhidos) na Região Sudoeste; 6,9% do GE (2 acolhidos) na Região Oeste; 3,4% do GE (1 acolhido) na Região Sul e na Região Centro-Sul e 6,9% do GE (2 acolhidos) na Região Central.

Dessa forma, percebe-se que a grande maioria dos acolhidos residem em regiões distantes do centro de acolhimento, isso atrelado aos custos de transporte e a precarização da rede de transportes do DF podem ser fatores que dificultam a locomoção da rede de apoio dos adictos, o que acaba por impactar a sua permanência, o que junto com sentimento de inadequação ao novo contexto podem contribuir na evasão do tratamento.

Por fim, é possível notar que dependendo da região pode favorecer a permanência, visto que 42,8% do GC habitava a Região Central do DF, por ser uma região onde a rede de transportes é melhor e estar mais próxima a Região Norte, compreende-se que pode facilitar a locomoção da rede apoio do acolhido até o centro de acolhimento, favorecendo sua permanência. pois os custos com o transporte podem ser menores, mais rápidos e menos desgastantes.

⁵ A tabela 5 mostra apenas as cidades e RAs onde os acolhidos residem, desta forma, cidades que não aparecem, não possuem acolhidos residindo nelas durante o período da pesquisa.

3.2.8 Distribuição de acolhidos segundo a profissão

Tabela 6 – Distribuição de acolhidos segundo a profissão

Profissão	Quantidade de Acolhidos do GC	Quantidade de Acolhidos do GE
Agente Administrativo	0	1
Analista de Sistemas	1	0
Autônomo	1	3
Carpinteiro	0	1
Frentista	0	1
Garçom	1	0
Jardineiro	1	0
Mecânico	0	2
Motoboy	1	0
Motorista	0	1
Outros	1	10
Padeiro, Confeiteiro e Assemelhados	0	1
Pintor	1	1
Pedreiro	0	2
Professor	0	1
Serviços Gerais	0	4
Vendedor de Comércio Varejista e Atacadista	0	1
Total	7	29

Fonte: elaboração própria (2025).

Nota-se que no GC há uma variedade de profissões, muitas delas como analistas de sistemas, garçom, jardineiro e pintor estão comumente inseridas no mercado formal de trabalho, por outro lado, no GE há uma prevalência de aproximadamente 34,5% (10 acolhidos) da categoria “outros”, ou seja, indefinido, deste modo se entende que a categoria “outros” representa principalmente atividades desenvolvidas pelo mercado informal de trabalho. Assim, a profissão representa um fator de risco para a permanência do usuário no tratamento, visto que a falta de um trabalho formal é um fator expressivo para evasão do tratamento.

Deste modo, os dados presentes nessa pesquisa corroboram com o perfil estabelecido por Faller (2015) para usuários de crack que buscam tratamento, sendo eles tendo baixa escolaridade, apenas o ensino fundamental e sem ocupação. Isso ocorre, pois como já exposto, devido ao uso precoce de drogas na adolescência, os usuários de SPA acabam evadindo da escola devido a complicações da prática, assim devido à falta de escolaridade e capacitação, esses sujeitos acabam não conseguindo se inserir no mercado de trabalho formal de trabalho.

Outrossim, Scheffer e Quixaba (2015) ressaltam o impacto do estigma que os dependentes químicos sofrem, principalmente por afetar a inserção desse público no mercado de trabalho formal, uma vez que mesmo se o sujeito possuir vontade e disponibilidade para o trabalho, o estigma de “drogado” afetará sua oportunidade de mostrar sua capacidade e produtividade. Assim, entende-se que com a dificuldade na inserção no mercado formal de trabalho, afeta diretamente a renda dos usuários, uma vez que ocupações no mercado informal contribuem para geração de baixa renda, o que acaba afetando a qualidade de vida e necessidade básicas do indivíduo.

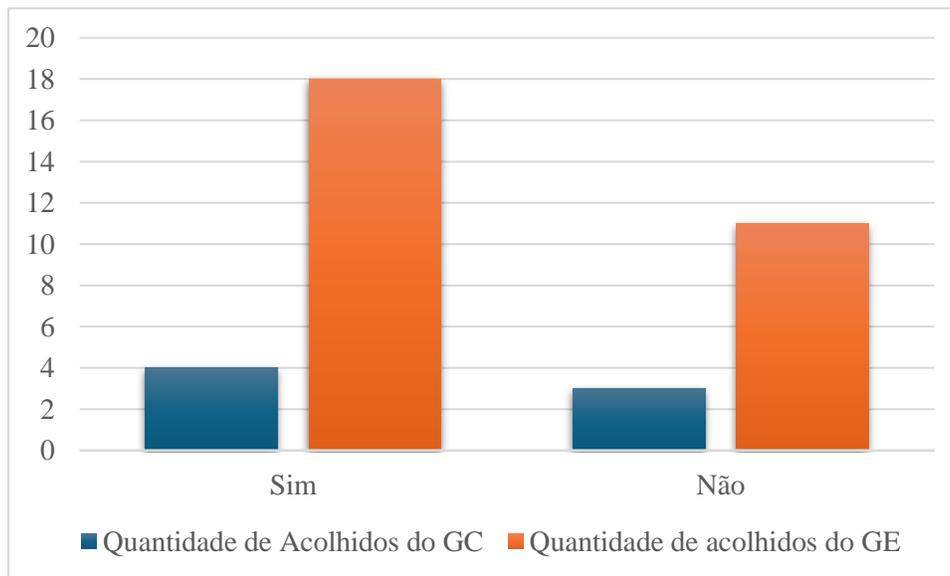
Em complemento Cardoso *et al.* (2014) apontam em sua pesquisa que as práticas de lazer foram citadas pelos usuários como um dos fatores que contribui para os objetivos de abstinência e reabilitação. Dessa maneira, como existe uma desigualdade no acesso ao lazer e cultura, muito por questões de renda, se entende que esse fator cria obstáculos não só para a permanência no tratamento, mas também para a realidade do sujeito que abandona o tratamento. Nesse sentido, Cardoso *et al.* (2014) explicitam que indivíduos sem renda ou que possuem renda abaixo do necessário para suprir suas necessidades básicas, são propensos a situações de vulnerabilidade social, o que dificulta a abstinência.

Além disso, a profissão se mostra um fator importante para se entender a permanência do usuário ao serviço, pois indivíduos que estão inseridos no mercado formal de trabalho, no regime

da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, por contribuírem para a previdência social, possuem caráter de segurado e possuem diversos auxílios previdenciários, como o auxílio-doença ou auxílio por incapacidade temporária, entre outros. Por outro lado, pessoas inseridas no mercado informal, em sua maioria não contribuem para a previdência social, dessa forma, não possuindo direito aos auxílios previdenciários, apenas aos benefícios socioassistenciais, o que pode não ser suficiente para a subsistência do indivíduo e sua família. Assim, a falta de rendimentos enquanto o usuário permanece internado, se constitui como um fator determinante para sua permanência, principalmente se sua renda for importante para o sustento da família.

3.2.9 Distribuição de acolhidos segundo a perfilhação

Gráfico 4 – Distribuição de acolhidos segundo a perfilhação



Fonte: elaboração própria (2015)

Nota-se que aproximadamente 62,1% (18 acolhidos) do GE possuem filhos, o que indica que a perfilhação pode dificultar a permanência dos adictos ao tratamento, porém, no GC não há uma diferença significativa entre indivíduos que possuem filhos, aproximadamente 57,1% (4 acolhidos) e que não possuem, cerca de 42,8% (3 acolhidos), o que demonstra uma baixa influência da perfilhação como fator de proteção para a permanência no tratamento.

Os dados encontrados nesta pesquisa corroboram com os dados encontrados por Freitas, Silva e Araújo (2012), onde a maioria, 54,7% dos adictos possuíam filhos, embora os achados desta pesquisa sejam maiores, com aproximadamente 61,1% (22 acolhidos) dos usuários possuindo filhos. Ademais, conforme a literatura evidenciada por Almeida e Luis (2017), os indivíduos que ainda possuem vínculo familiar, sobretudo com os filhos, possui mais chances de iniciarem o tratamento e obterem sucesso, o que não se aplica a este caso.

Desta maneira, se entende que por mais que os adictos possuam filhos, é provável que os vínculos entre eles são enfraquecidos, uma vez que devido às complicações do uso de drogas, os vínculos familiares são enfraquecidos ou rompidos, deste modo impactando no senso de valor do acolhido o que pode dificultar a permanência no tratamento. Além disso, por haver um número expressivo de usuários com filhos, uma das motivações para a adesão ao tratamento pode ser a reconciliação dos laços com os filhos, o que pode gerar uma maior pressão e sentimento de culpa ao cometeram retrocessos durante o tratamento, o que contribui também para a dificuldade de permanecer no tratamento.

3.2.10 Distribuição de acolhidos segundo a raça/etnia

Tabela 7 – Distribuição de acolhidos segundo a raça/etnia

Raça/Etnia	Quantidade de Acolhidos do GC	Quantidade de Acolhidos do GE
Branca	3	10
Preta	1	9
Parda	3	10
Total	7	29

Fonte: elaboração própria (2025).

Observa-se que apenas 14,3% (1 acolhido) de pessoas que se autodeclaram pretas concluem ou permanecem no tratamento, se contando como fator de risco para a permanência no tratamento, se comparado com as pessoas que se autodeclaram brancas ou pardas, visto que elas

possuem o triplo de chance de concluírem ou permanecerem no tratamento, aproximadamente 42,9 % (3 acolhidos) de cada grupo racial permanecem ou concluem o tratamento.

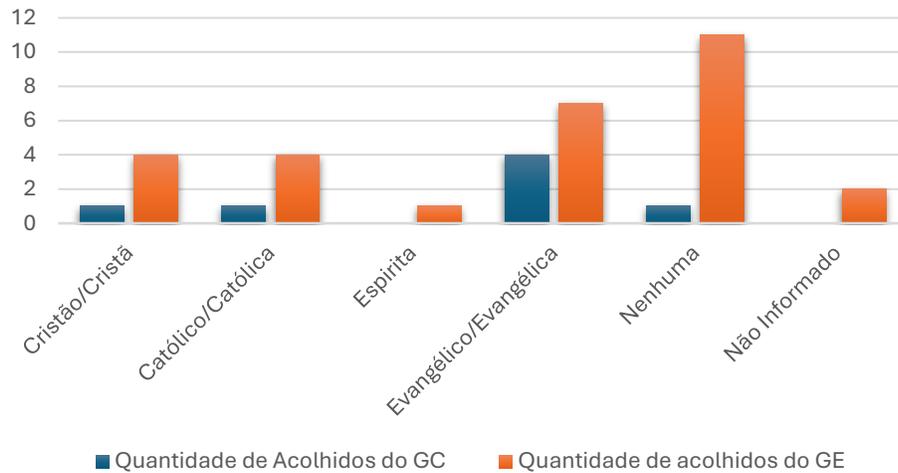
Os dados desta pesquisa corroboram em partes com os dados encontrados por Basso *et al.* (2021), confirmando que há uma baixa adesão ao tratamento na CT por pessoas que se autodeclararam pretas/negras em relação aos outros grupos étnicos raciais, cerca de 11%, embora os achados desta pesquisa sejam um pouco maior, aproximadamente 27,8%. Entretanto esta pesquisa difere dos dados encontrados pelos autores, que apontam que há uma maior incidência, cerca de 70% dos residentes que se autodeclararam pardos, enquanto nesta pesquisa o percentual referente às pessoas que se autodeclararam pardas é menor, sendo de 36,1% (13 acolhidos).

Deste modo, se entende que pessoas que se autodeclararam pretas ou negras possuem mais dificuldades na adesão e permanência do tratamento em CTs, isso pode ser explicado pois além do estigma relacionado ao uso de SPA, pessoas pretas ainda sofrem com o impacto do racismo estrutural, processo esse que historicamente promoveu a exclusão social desses indivíduos, ocasionando em uma desigualdade racial. Em concordância, Mass e Silva (2022) destacam que as consequências do racismo estrutural na vida desse público, impossibilita o acesso dessa população a serviços básicos de educação, saúde, segurança e ao emprego digno.

Outrossim, Santiago e Simões (2023) apontam que os problemas raciais não foram incluídos na Reforma Psiquiátrica, o que ainda hoje resulta no despreparo dos serviços de saúde mental no acolhimento do sofrimento psíquico causado pelo racismo. Além disso, os autores evidenciam que o racismo produz um sofrimento e adoecimento psíquico, devido principalmente a internalização dos preconceitos e da rejeição vivenciados por esses indivíduos, o que influencia na construção de sua autoimagem. Assim, afetando o senso de valor desses sujeitos, o que somado ao despreparo dos profissionais da saúde mental nessa temática e experiências ruim em serviços de saúde, podem contribuir para dificuldades de permanência e adesão ao tratamento.

3.2.11 Distribuição de acolhidos segundo a religião

Gráfico 5 – Distribuição de acolhidos segundo a religião



Fonte: elaboração própria (2025).

Conforme exposto no gráfico 5 há uma prevalência no GC de 57,1% (4 acolhidos) que se identificam como evangélicos, mostrando que a identificação com os dogmas cristão da CT se constitui como um fator protetor para a permanência no tratamento. Por outro lado, indivíduos que não possuem nenhuma religião, como é o caso de 37,9% (11 acolhidos) do GE, se mostra um fator de risco para a permanência no tratamento.

Os dados desta pesquisa diferem das pesquisas realizadas por Basso *et al.* (2021), Monteiro *et al.* (2011), onde os primeiros autores encontraram uma predominância da religião evangélica nos adictos (70%) e os segundos autores encontraram a prevalência da religião católica (42,7%). Já os achados nessa pesquisa mostram uma preponderância para sujeitos que não possuem nenhuma religião, aproximadamente 33,3% (12 acolhidos), seguido da religião evangélica com cerca de 30,6% (11 acolhidos).

A falta de religião se mostra como um fator que dificulta a permanência no tratamento, isso pode ocorrer devido à dificuldade de identificação com os dogmas das religiões cristãs, uma vez que o ambiente da CT segue essa doutrina. Além disso, Souza *et al.* (2011) destacam o papel da religião ou espiritualidade como fonte de apoio social, sobretudo por incentivar práticas e

valores orientados por cultos religiosos, o que pode favorecer a socialização e comportamentos saudáveis, assim como uma forma de encontrar sentido para suas experiências e angústias.

Deste modo, além do cristianismo facilitar a identificação com a metodologia e práticas da instituição, também constitui um importante mecanismo para a ampliação da rede de apoio social e emocional, que impacta diretamente no sucesso e permanência no tratamento, se constituindo como um fator de proteção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Inicialmente a pesquisa foi projetada para ser feita no CAPS AD de Sobradinho II – DF, entretanto pela falta de dados da instituição e de tempo útil para mudança na metodologia, devido a greve dos professores e aos processos burocráticos que acabam atrasando a realização da pesquisa, se optou por mudar a instituição a ser pesquisada. Optando assim por realizar a pesquisa em uma CT, que mesmo sendo parte da RAPS, por ser um modelo que contraria os princípios da RP e o modelo de RD, é bastante criticado, principalmente pelo medo de retroceder ao modelo hospitalocêntrico, podendo ser um ambiente onde ocorre violações de direito, violência, condições sanitárias precárias etc, caso não for devidamente fiscalizado.

De fato, é um modelo que traz incertezas e inseguranças, e por mais que haja uma maior identificação com o modelo de RD, principalmente por não definir a abstinência como objetivo e sim reduzir os impactos da SPA na vida do adicto, as CTs também trazem efeitos positivos para determinados dependentes químicos. Essa diversidade de abordagem não necessariamente é algo ruim, pois permite que o usuário escolha o que ele considera melhor para ele, o que contribui para o exercício de sua autonomia como sujeito. Dessa forma, é importante se pensar em formas de fiscalização mais eficientes para evitar essa retroação aos manicômios, mas também se pensar em formas de melhorar o serviço e não apenas substituí-lo.

Os dados obtidos nessa pesquisa, constaram a existência da dificuldade de permanência dos adictos no tratamento, onde uma expressiva quantidade de acolhidos (83%), acabaram desistindo do tratamento por inúmeros motivos. Demonstrando assim, a necessidade de se olhar para esse problema, e compreendê-lo melhor, através de novas pesquisas com outras metodologias, visto que a análise documental possui limitações, principalmente por não ser possível ouvir os indivíduos. Além disso, por entender a gravidade deste problema na esfera privada, é importante analisar esse fenômeno na esfera pública também, para compreender suas dificuldades, especificidades buscando melhorias, além de comparar os modelos de RD do setor público e CT do privado, uma vez que são projetos políticos e ideológicos em disputa.

O objetivo geral era de analisar quais fatores socioeconômicos se destacavam nos perfis dos usuários que interromperam seu tratamento na CT “Desafio Jovem de Brasília” foi alcançado, já os secundários também foram atingidos, entretanto com algumas modificações, sendo eles: sintetizar a perspectiva histórica do uso de drogas no Brasil, nos âmbitos social, judicial e na saúde;

debater os impactos que a dependência ou abuso de substâncias psicoativas trazem para a vida dos indivíduos e suas esferas familiares, verificar quais são os perfis socioeconômicos dos usuários que permaneceram e dos usuários que interromperam o tratamento; identificar fatores que divergem entre os perfis socioeconômicos dos usuários que permanecem e dos usuários que interromperam o tratamento.

As modificações dos objetivos específicos foram referentes aos dois últimos, onde se pretendia analisar cada grupo separadamente e depois fazer a análise dessas diferenças, entretanto se optou por fazer a análise dos grupos GE e GC em conjunto, realizando esses objetivos dentro da própria análise de cada fator, onde foi ressaltado quais características de cada variável se destacava em cada grupo, e quais eram diferentes entre eles.

A hipótese levantada foi que os principais fatores que poderiam interferir na permanência no tratamento, podendo levar ao acolhido a interrompê-lo, eram a idade, renda e local de residência, entretanto a hipótese não foi confirmada, uma vez que por mais que os fatores da idade e do local de moradia tenham sido constatados como capazes de influenciar a permanência no tratamento, outros fatores que não eram esperados, apresentaram maior relevância no impacto do fenômeno, como: estado civil, perfilhação, profissão, raça e religião. Além disso, não foi possível analisar o fator da renda, pois a instituição estudada não coletava dados referentes aos rendimentos dos acolhidos, o que não possibilitou constatar a influência dessa importante variável.

Desde modo, se entende que a problemática do uso abusivo de SPA é permeada por várias expressões da questão social, no qual potencializa os impactos prejudiciais do uso nocivo de drogas, afetando não só sua saúde física e mental do adicto, mas suas relações sociais, afetivas e econômicas. O que contribui para a construção de contextos sociais de isolamento social e exclusão social, o que acaba refletindo na dificuldade dos dependentes químicos em permanecer no tratamento de transtornos devido ao uso de drogas.

Ademais, torna-se necessário pensar acerca da atuação e contribuição do Serviço Social nas CT's, uma vez que segundo Robaina (2010), ainda existe uma matriz de atuação do assistencial no setor da saúde mental voltada para atividade "clínica", no qual se subordina à homogeneização dos saberes "psi", o que se distancia do projeto ético-político da profissão, privando o campo da saúde mental da riqueza do seu saber próprio, deixando de contribuir para que a RP alcance seu projeto ético-político. Além disso, Brotto (2023) ressalta que as comunidades terapêuticas se

configuram como um novo campo de atuação para o assistente social, sendo em sua maioria espaços precários para a atuação profissional.

Assim, por mais que o modelo das CT's sejam destoantes da RP, é importante que o Serviço Social olhe para esse espaço institucional, principalmente para desenvolver estratégias com intuito de reduzir o moralismo e as violações de direitos dentro dessas instituições, buscando contribuir para a melhoria desse serviço, e conseqüentemente buscar alternativas para reduzir a evasão do tratamento de transtornos devido ao uso abusivo de drogas. Entretanto, isso não exclui a necessidade de defender e fortalecer os princípios da RP, do SUS e do modelo de RD, visto que são constantemente ameaçados pelos setores conservadores da sociedade.

REFERENCIAS:

ALMEIDA, C. S. de; LUIS, M. -A. Villar. **Características sociodemográficas e padrão de uso de crack e outras drogas em um Caps Ad.** Revista de Enfermagem UFPE on line, v. 11, n. 4, p. 1716-1723, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.10438-93070-1-RV.1104sup201714>. Acesso em: 22 jan. 2025.

ALMEIDA, V. L. de. **A DEPENDÊNCIA QUÍMICA E A ATUAÇÃO DO (A) ASSISTENTE SOCIAL NOS CAPS AD-CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS.** In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais 2019.

ALMEIDA, R. A. de *et al.* **Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de João Pessoa.** Saúde em debate, v. 38, p. 526-538, 2014.

ANDRADE, T. M. de. **Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, p. 4665-4674, 2011.

ANTÔNIO. D. M. G. de O. S. **Vinculação do adulto e sistema comportamental de prestação de cuidados em toxicodependentes integrados em comunidade terapêutica e em programa de metadona.** Dissertação (mestrado), Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2009.

ARAÚJO. Lua. **Jovem preso injustamente por tráfico é solto no Pará.** Dol – Diário online, 13 nov. 2024. Disponível em: <https://dol.com.br/noticias/para/882600/jovem-presoinjustamente-por-trafico-e-solto-no-para?d=1>. Acesso em: 18 nov. 2024.

AVELAR, L. E. B. **O desafio da história das bebidas.** In: Anais do XX Encontro Regional de História: História e Liberdade. ANPUH/SP – UNESP – Franca. 06 a 10 set, 2010.

BARBOSA, B. R. S. N.; SILVA, L. V. da. **Os cães do inferno se alimentam de blasfêmia: religião e transfobia no ciberespaço.** Ciências Sociais e Religião, v. 18, n. 24, p. 110-133, 2016.

BARBOSA, J. L. A. **Engenho de cana-de-açúcar na Paraíba: por uma sociologia da cachaça.** Campina Grande: EDUEPB, 2014. Substractum collection, 204 p. ISBN 978-85-7879-330-2.

BARBOSA, L. N. F.; ASFORA, G. C. A.; MOURA, M. C. de. **Ansiedade e depressão e uso de substâncias psicoativas em jovens universitários.** SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas (Edição Em Português), v. 16, n. 1, p. 1-8, 2020.

BASSO, T. Q. dos S. *et al.* **Caracterização sociodemográfica e de consumo de substâncias psicoativas em usuários acompanhados em comunidade terapêutica.** Research, Society and Development, v. 10, n. 1, p. e22110111677-e22110111677, 2021.

BITTENCOURT, L. -M. **Do discurso jurídico à ordem médica: os descaminhos do uso de drogas no Brasil.** Dissertação (Mestrado) – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1986.

BRANDÃO, G. S. **A criminalização das drogas no Brasil: uma genealogia do proibicionismo.** Revista de Direito, v. 9, n. 2, p. 87-117, 2017.

BRASIL. Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas *et al.* **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas: leitura recomendada para alunos a partir da 6ª série do ensino fundamental.** CEBRID, 2012.

BRASIL. **Decreto nº 847, de 11 outubro de 1890.** Promulga o Código Penal. Coleção de Leis do Brasil, p. 2664 Vol. Fasc.X, 1980.

_____. **Decreto nº 4.294, de 6 julho de 1921.** Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, opio, morfina e seus derivados; crêa um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo alcool ou substancias venenosas; estabelece as fórmulas de processo e julgamento e manda abrir os credits necessarios. Diário Oficial da União: seção 1, p. 13407, 1921.

_____. **Decreto nº 85.110, de 2 de setembro de 1980.** Institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, p. 17482, 1980.

_____. **Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002.** Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, p. 3, 2002.

_____. Ministério da Saúde *et al.* **Guia de Saúde Mental: atendimento e intervenção com usuários de álcool e outras drogas.** Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde *et al.* **Guia Estratégico para o Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e outras Drogas: Guia AD.** Brasília, 2015.

BROTTO, I. S. E. **ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E DESENVOLVIMENTO DA ESPIRITUALIDADE NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA.** Boletim de Conjuntura (BOCA), v. 13, n. 39, p. 269-279, 2023.

CALIARI, Fábio; AGAPITO, L. S. **O PROIBICIONISMO: IMPACTOS DO MODELO E USO DE DROGAS.** Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas (UNIFAFIBE), v. 12, n. 1, p. 53-83, 2024.

CAMPOS, M. da S. **O novo nem sempre vem: lei de drogas e encarceramento no Brasil.** 2018.

CARDOSO, M. P. *et al.* **A percepção dos usuários sobre a abordagem de álcool e outras drogas na atenção primária à saúde.** Aletheia, n. 45, 2014.

CARVALHO, Bruno; DIMENSTEIN, Magda. **Análise do discurso sobre redução de danos num CAPSad III e em uma comunidade terapêutica.** Temas em Psicologia, v. 25, n. 2, p. 647-660, 2017.

CARVALHO, J. C. de. **Uma história política da criminalização das drogas no Brasil: a construção de uma política nacional.** VI Semana de História e III Seminário Nacional de História: Política, cultura e sociedade, 2011.

_____. **A emergência da política mundial de drogas: o Brasil e as primeiras Conferências Internacionais do Ópio.** Oficina do historiador, v. 7, n. 1, p. 153-176, 2014.

CAPISTRANO, F. -C. *et al.* **Impacto social do uso abusivo de drogas para dependentes químicos registrados em prontuários.** Cogitare Enfermagem, v. 18, n. 3, p. 468-474, 2013.

CASTRO, C. G.; MENDES, R. G. A. **Fermentando o inimigo: considerações sobre a cauinagem ameríndia.** Revista três pontos, Belo horizonte, v.6, n.1, jul. 2009.

CASTRO NETO, A. G. de; COUTO FILHO, A. de B. **Regulamentação e criminalização das drogas no Brasil.** Estudos de Psicologia (Campinas), v. 40, p. e220150, 2023.

CONCEIÇÃO, T. F. F. **USO SE BRANCO, CRIME SE PRETO-O histórico do uso de drogas e seu processo criminalizatório, classista e racista.** IX JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS: civilização ou barbárie. São Luís-MA: Universidade Federal do Maranhão, 2019.

COSTA, P. -H. A. da; PAIVA, F. S. de. **Revisão da literatura sobre as concepções dos profissionais de saúde sobre o uso de drogas no Brasil: modelo biomédico, naturalizações e moralismos.** Physis-Revista de Saúde Coletiva, v. 26, n. 3, p. 1009-1031, 2016.

FALEIROS, V. P. **O trabalho da política: saúde e segurança dos trabalhadores.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. **POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E AS PRÁTICAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.** Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, v. 1, n. 1, 2018.

FALLER, Sibeles. **Resultados acerca do uso de substâncias psicoativas no Brasil a partir de estudos multicêntricos.** 2015. 171 f. Tese (Doutorado em Psiquiatria) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2015.

FERNANDES, J. A. **Sobriedade e embriaguez: a luta dos soldados de Cristo contra as festas dos tupinambás.** Tempo, v. 11, p. 98-121, 2007.

FERNANDES, Alexandra M.; SOARES, A. B. **Codependentes de substâncias psicoativas: percepção de suporte social e qualidade de vida.** Contextos Clínicos, v. 11, n. 2, p. 206-216, 2018.

FERNANDES, S. S. *et al.* **Evasão do tratamento da dependência de drogas: prevalência e fatores associados identificados a partir de um trabalho de Busca Ativa.** Cadernos Saúde Coletiva, v. 25, p. 131-137, 2017.

FIGLIORE, Maurício. **O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas.** Novos estudos CEBRAP, p. 9-21, 2012.

FOPPA, D. F. **Lançar as amarras ao cais ou viver à deriva? A experiência de uma unidade de acolhimento para usuários de álcool e outras drogas em situação de rua.** 2018, 157 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. 2018.

FREITAS, R. M. de; SILVA, H. R. R. da S.; Araújo D. S. de. **Resultados do acompanhamento dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-AD).** SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português), v. 8 n.2 p. 56-63, 2012.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES-MEDEIROS, Débora *et al.* **Política de drogas e Saúde Coletiva: diálogos necessários.** Cadernos de Saúde Pública, v. 35, n. 7, p. e00242618, 2019.

IAMAMOTO, M. V. A questão social no Capitalismo. *In:* IAMAMOTO, M. V.; DURIGUETTO, M. L. (Org.). **Serviço Social: questão social, território e política social.** Juiz de Fora - MG: UFJF, p. 183- 204, 2021.

LACERDA NETO, J. C. de; SILVA, J. -P. B. **Internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas no estado do Maranhão, Brasil.** Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research, v. 25, n. 4, p. 11-22, 2023.

LIMA, R. de C. C. **O problema das drogas no Brasil: revisão legislativa nacional.** Libertas, v. 10, n. 1, 2010.

LONGO, M. -A. T. **A dependência de substâncias psicoativas na perspectiva da comunidade terapêutica.** Journal of Health Sciences, v. 17, n. 4, 2015.

MACHADO, A. -R.; MIRANDA, P. -S. C. **Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública.** História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 14, p. 801-821, 2007.

MACRAE, Edward. A história e os contextos socioculturais do uso de drogas. *In:* BRASIL. Secretária Nacional de Políticas sobre drogas (Org). **Curso de prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias.** 6º ed. Brasília: SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014, p. 29-42.

MALTA, D. C. et al. **A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, p. 4301-4312, 2014.

MARTINEZ. S. T.; ALMEIDA, M. R.; PINTO, A. C. **Alucinógenos naturais: um voo da Europa Medieval ao Brasil.** Química Nova, v. 32, n. 9, 2501-2507, 2009.

MASS, O. -P.; SILVA, P. A. da. **Racismo estrutural na sociedade brasileira e a exclusão social.** Revista Opinião Filosófica, v. 13, p. 1-15, 2022.

MONTEIRO, C. F. de S. *et al.* **Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí.** Escola Anna Nery, v. 15, p. 90-95, 2011.

MONTENEGRO, Y. F. L. *et al.* **A análise de discurso crítica no estudo de políticas públicas de saúde: exemplo a partir de mudanças na política sobre drogas no Brasil.** New Trends in Qualitative Research, v. 3, p. 678-690, 2020.

MOREIRA, R. M. M. *et al.* **Transtorno mental comum em usuários de substâncias psicoativas.** Enfermagem em Foco, v. 11, n. 1, 2020a.

_____. **Transtorno mental e risco de suicídio em usuários de substâncias psicoativas: uma revisão integrativa.** SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português), v. 16, n. 1, p. 1-10, 2020b.

OLIVEIRA, Vanessa *et al.* **Tensionamentos no cuidado em Saúde Mental relacionados ao uso de Substâncias Psicoativas: dificuldades identificadas por profissionais da saúde pública.** Saúde em Debate, v. 47, n. 137, p. 133-145, 2023.

PANEGASSI, R - L. **O cristianismo na América portuguesa e seu papel mediador na utilização do mundo natural: o caso da cauinagem.** Revista Eletrônica História em Reflexão, v. 1, n. 2, 2007.

PRATTA, E. -M. M.; SANTOS, M. -A. dos. **O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução.** Psicologia: Teoria e pesquisa, v. 25, p. 203-211, 2009.

QUEIROZ, D. G. **Fatores que interferem na adesão ao tratamento de álcool e outras drogas na perspectiva da equipe multiprofissional dos CAPS AD III do estado de Tocantins.** Dissertação (Mestrado) – Departamento de Ciência da Saúde, Universidade Federal do Tocantins, Palmas, 2023.

RAUPP, L. M.; MILNITISKY-SAPIRO, Clary. **A "reeducação" de adolescentes em uma comunidade terapêutica: o tratamento da drogadição em uma instituição religiosa.** Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 24, p. 361-368, 2008.

REIS, Daniely; RIBEIRO, Ludmila. **O perfilamento racial nos processos de tráfico de drogas: Um estudo de caso em Belo Horizonte.** Tempo Social, v. 35, n. 02, p. 189-217, 2023.

RIBEIRO, A. F. S. *et al.* **Estigma social, padrão de funcionamento familiar e a importância do tratamento de transtorno mental à usuários de substâncias psicoativas.** Research, Society and Development, v. 9, n. 8, p. e877986654-e877986654, 2020.

ROBAINA, C. -M V. **O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental.** Serviço Social & Sociedade, p. 339-351, 2010.

SÁ, B. S. M. *et al.* **Transtornos mentais associados ao uso de substâncias psicoativas: a importância da identificação para o prognóstico e assistência.** Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem, v. 11, n. 35, p. 14-19, 2021.

SANTIAGO, E. S.; SIMÕES, S. -C. S. **IMPACTOS DO RACISMO ESTRUTURAL SOBRE A SAÚDE DE PESSOAS NEGRAS.** Revista São Luis Orione, v. 10, n. 2, p. 54-76, 2023.

SCHEFFER, Graziela; QUIXABA, Auriane. **Trabalho, estigma e uso de drogas: encruzilhadas da inserção ao mercado atual.** Serviço Social & Realidade, v. 24, n. 2, 2015.

SERRA, C. -H. A.; SOUZA, L. -A. F.; CIRILLO, F. R. **Guerra às drogas no Brasil contemporâneo: proibicionismo, punitivismo e militarização da segurança pública.** Teoria e Cultura, v. 15, n. 2, 2020.

SILVA, L. L. da. **A questão das drogas nas relações internacionais: uma perspectiva brasileira.** Brasília: FUNAG, 2013.

SILVA, L. -L. P. da; ALMEIDA, A. B. de; AMATO, T. de C. **A perspectiva dos profissionais sobre o processo de alta de pacientes do Caps-AD: critérios e dificuldades.** Saúde em Debate, v. 43, p. 819-835, 2019.

SILVA, K. R. da; GOMES, F. G. C. **Dependência química: resultantes do uso abusivo de substâncias psicoativas.** Revista Uningá, v. 56, n. S1, p. 186-195, 2019.

SILVEIRA, D. X.; Doering-Silveira, Evelyn. Classificação das substâncias psicoativas e seus efeitos. *In:* Secretária Nacional de Políticas sobre drogas (Org). **Curso de prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias.** 6º ed. Brasília: SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014, p. 29-42.

SILVEIRA, K. L.; OLIVEIRA, M. M. de; ALVES, P. F. **Transtornos psiquiátricos em usuários de substâncias psicoativas.** SMAD, Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas, v. 14, n. 1, p. 28-36, 2018.

SIQUEIRA, Domiciano. **A política de Redução de danos no Brasil e os direitos fundamentais do homem:** depoimento: [23 de janeiro, 2013]. Portal Em(cena). Entrevista concedida a Jonatha Rospide Nunes. Disponível em: < https://encenasaudemental.com/comportamento/entrevista/a-politica-de-reducao-de-danos-no-brasil-e-os-direitos-fundamentais-do-homem/#google_vignette>. Acesso em: 20 de out. 2024.

SOARES, M. -K.; MACIEL, N. C. A. **A Questão racial nos processos criminais por tráfico de drogas dos tribunais estaduais de justiça comum: uma análise exploratória.** Brasília, DF: Ipea, out. 2023. (Diest : Nota Técnica, 61).

SOUZA, I. -C. de. **Vulnerabilidades da população LGBTQ+ relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis e ao consumo de drogas.** Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2021.

SOUZA, Jacqueline de *et al.* **Rede social de usuários de álcool, sob tratamento, em um serviço de saúde mental.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 19, p. 140-147, 2011.

SOUZA, M. D. de O.; CARRARO, G.; HERNANDES, L. F. **Uma análise documental da política de saúde e atenção aos usuários de álcool e outras drogas no Brasil.** Research, Society and Development, v. 11, n. 7, p. e32811729310-e32811729310, 2022.

TEIXEIRA, M. B. *et al.* **Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 5, p. 1455-1466, 2017

TELES, B. -C. V.; VALLADARES-TORRES, A. -C. A. **Influência do estigma e preconceito na vida e nos cuidados em saúde de dependentes de substâncias psicoativas.** In: OPEN SCIENCE RESEARCH VII. Editora Científica Digital, 2022. p. 271-282.

TENÓRIO, Fernando. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos.** História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 9, p. 25-59, 2002.

TORCATO, C. -E. M. **O uso de drogas e a instauração do proibicionismo no Brasil.** Saúde & Transformação Social/Health & Social Change, v. 4, n. 2, p. 117-125, 2013.

_____. **Breve história da proibição das drogas no Brasil: uma revisão.** Revista Inter-Legere, n. 15, p. 138-162, 2014.

_____. **A história das drogas e sua proibição no Brasil: da Colônia à República.** 2016, 371 f. Tese (Doutorado em História Social) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

TREVISAN, E. -R.; CASTRO, S. de S. **Centros de Atenção Psicossocial-álcool e drogas: perfil dos usuários.** Saúde em debate, v. 43, p. 450-463, 2019.

TRIGUEIRO, T. H.; LABRONICI, L. -M. **A Dependência química como fator de risco para a violência doméstica contra a mulher: estudo exploratório.** Online Brazilian Journal of Nursing, v. 10, n. 2, 2011.

VARGAS, A. de F. M.; CAMPOS, M. M. **A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n. 3, p. 1041-1050, 2019.

VASTERS, G. P.; PILLON, S. -C. **O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre a adesão e abandono de tratamento especializado.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 19, n. 2, p. 317-324, 2011.

WILLEMANN, J. H. *et al.* **Tendência temporal da mortalidade por alcoolismo e uso de substâncias psicoativas no Brasil no período de 2010 a 2019.** Brazilian Journal of Health Review, v. 6, n. 6, p. 32106-32120, 2023.

APÊNDICE

Apêndice I - Roteiro de Coleta de dados



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

01. Nome fictício
02. Tempo de uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas
03. Quais tipos de substâncias psicoativas são utilizadas
04. Data de início de acompanhamento na Comunidade Terapêutica Desafio Jovem de Brasília
05. Tipo de Transtorno Mental
06. Perfil socioeconômico de cada membro do grupo familiar
 - 6.1. Composição familiar
 - 6.2. Escolaridade
 - 6.3. Estado civil
 - 6.4. Idade
 - 6.5. Local de residência da família
 - 6.6. Orientação sexual
 - 6.7. Profissão/ Ocupação
 - 6.8. Raça/etnia
 - 6.9. Religião
 - 6.10. Renda individual e familiar
07. Período de permanência ao tratamento
08. Forma de locomoção da residência até a unidade de atendimento

Apêndice II - Carta de Anuência para a realização de pesquisa



CARTA DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Senhor (a) _____

Por meio desta eu, Leonardo Gonçalves Carvalho, estudante em Serviço Social na Universidade de Brasília – UNB, informo a realização da pesquisa “PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS USUÁRIOS E PERMANÊNCIA AO TRATAMENTO DE TRANSTORNOS DEVIDO AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA INSTITUIÇÃO DESAFIO JOVEM DE BRASÍLIA”. Na oportunidade respeitosamente, solicito autorização para que se realize a pesquisa com coleta de dados documentais com roteiro previamente elaborado sobre prontuários/pastas individuais de julho de 2024 a outubro de 2024 por amostragem e levantamento de dados das pastas individuais dos/as atendidos. Fica esclarecido que o nome a quem pertencem as respectivas documentações serão mantidos sob absoluto sigilo.

Haverá divulgação desses resultados e suas respectivas conclusões à instituição, em forma de pesquisa, preservando sigilo e ética, conforme Carta de Anuência que, se autorizada a pesquisa, será assinado por representante da instituição. Fica esclarecido que tal autorização é uma pré-condição para prosseguimento desta pesquisa.

Fica agradecida desde já vossa compreensão e colaboração no processo de desenvolvimento desta pesquisa científica na referida instituição. Maiores esclarecimentos podem ser obtidos na coordenação de Graduação em Serviço Social pelo número (61) 3107-7501 ou diretamente na pessoa da orientadora Prof^ª. Mestra. Maria de Fátima dos Santos Silva pelo e-mail: maria.fatima@unb.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/047828899665155>.

Atenciosamente,



Documento assinado digitalmente
MARIA DE FATIMA DOS SANTOS SILVA
Data: 31/10/2024 13:34:11-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof^ª. Mestra. Maria de Fátima dos Santos Silva

Orientadora do PTCC e TCC – Matrícula: 3330202
Departamento de Serviço Social
ICH/SER/UnB



Documento assinado digitalmente
LEONARDO GONCALVES CARVALHO
Data: 02/11/2024 16:54:09-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Pesquisador Leonardo Gonçalves Carvalho