

Universidade de Brasília – UnB

Instituto de Ciências Humanas – IH

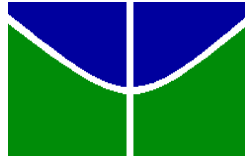
Departamento de Serviço Social – SER

**Redução de Danos sob a perspectiva dos usuários de
Crack inseridos no Serviço de Estudos e Atenção a
usuários de álcool e outras drogas (SEAD).**

Adilson da Silva Sousa

Brasília, DF

2014



Universidade de Brasília – UnB

Instituto de Ciências Humanas – IH

Departamento de Serviço Social – SER

Redução de Danos sob a perspectiva dos usuários de Crack inseridos no Serviço de Estudos e Atenção a usuários de álcool e outras drogas (SEAD).

Adilson da Silva Sousa

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de bacharel em Serviço Social pela Universidade de Brasília – UnB, sob orientação da prof^a. Ms. Lucélia Luiz Pereira.

Brasília, Julho de 2014.

Redução de Danos sob a perspectiva dos usuários de Crack inseridos no Serviço de Estudos e Atenção a usuários de álcool e outras drogas (SEAD).

A banca examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social da Universidade de Brasília – UnB, do estudante

Adilson da Silva Sousa.

Prof.Ms Lucélia Luiz Pereira

Orientadora

Prof.Dr Cristiano Guedes.

Examinador interno

Prof.Dra Andréia de Oliveira

Examinadora interna

Dedicatória.

Dedico este trabalho ao meu pai, Iveradilson Azevedo de Sousa, que não teve oportunidade de tratar sua dependência do álcool.

Agradecimentos

Agradeço a minha família, que me ofereceu todo o suporte para chegar até aqui, especialmente minha mãe, Sônia Maria Leonardo, que batalhou muito para que seus filhos pudessem ter tudo o que ela não teve. Agradeço a minha companheira Barbara Luísa de Moura, por acreditar em mim e demonstrar afeto nas horas difíceis. Agradeço ao meu filho, Ícaro Gabriel Moura da Silva, que contribui imensamente para minha formação como ser humano. Ao meu irmão Matheus da Silva Sousa, e ao meu tio Manoel Leonardo da Silva, pela paciência e disposição em ajudar.

Agradeço a minha querida amiga Chandra Devi Sara Sugasti, pela companhia nesta jornada, desde a adolescência até aqui, e sempre. Amiga para todas as horas, que me incentiva em tudo que faço, me influencia e ajuda com o que pode e o que não pode.

A professora Lucelia Luiz Pereira, por me orientar durante o processo de construção da monografia. Por acreditar em minha proposta de trabalho desde o começo, demonstrando a paciência e cuidado, qualidades de um verdadeiro educador.

A assistente social Cláudia Regina Merçon, que contribuiu de forma intensa no meu processo de formação como assistente social me acolhendo com carinho e orientando minhas ações no estágio supervisionado. A psicóloga Isabel Cristina pelo exemplo de dedicação ao trabalho com usuários de drogas, e pelo afeto demonstrado durante minha passagem pelo SEAD. A psicóloga Maria Cristina, por contribuir decisivamente com sua experiência de trabalho, para elaboração deste trabalho. A toda a equipe do SEAD, especialmente a Neide pela amizade e companheirismo.

Ao professor Newton Narciso Gomes Junior, por contribuir para meu processo de formação acadêmica e política, e por me proporcionar a ótima experiência de participar do Programa de Iniciação Científica – PIBIC. Aos meus colegas de semestre, e aos companheiros de luta Bruno, Matheus e Marília, pela companhia na militância no movimento estudantil.

Agradeço aos professores Dr. Cristiano Guedes, e Dra. Andréia Oliveira, pelas contribuições e críticas realizadas durante a apresentação deste trabalho, pelo

companheirismo dentro de sala de aula e pela participação na banca avaliadora desta monografia.

Epígrafe

E se somos Severinos
Iguais em tudo na vida,
Morremos de morte igual,
mesma morte Severina:
que é a morte de que se morre
de velhice antes dos trinta,
de emboscada antes dos vinte,
de fome um pouco por dia.
João Cabral de Melo Neto,
Morte e vida severina.

Resumo

Esta monografia discute o consumo de Substâncias Psicoativas, especialmente o crack, e o tratamento disponibilizado para os usuários desta droga. Teve como objetivo analisar o Serviço de Atenção a Usuários de Álcool e outras drogas – SEAD a partir da perspectiva dos usuários de crack em tratamento no Serviço. Traçou também o perfil geral, baseado nas características comuns dos usuários de crack entrevistados, coletadas durante a pesquisa de campo. A pesquisa de caráter qualitativo adotou como procedimento metodológico a realização de cinco entrevistas semiestruturadas, sendo quatro com usuários de crack em tratamento, e uma com uma profissional da área de psicologia que trabalha com estes pacientes no SEAD. As entrevistas foram guiadas por um roteiro elaborado previamente. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Ciências Humanas da UnB bem como pela Divisão Adjunta de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário de Brasília, seguindo as normas éticas de pesquisa com seres humanos. Como principais resultados, apontamos o fato de que a maioria dos usuários são homens, que reconhecem a influência da família como motivação para o tratamento. Os entrevistados destacaram a exposição a situações de violência nos contextos de compra/venda e consumo de crack, também relataram os resultados positivos do tratamento realizado no SEAD, e apesar de não conhecerem o conceito de Redução de Danos, reconhecem a estratégia a partir da ação dos profissionais.

Palavras chave: Crack, tratamento, Redução de Danos, usuários, saúde

Abstract

This monograph discusses the consumption of psychoactive substances, especially crack, and the treatment available to users of this drug. Aimed to analyze the Service Attention Users of Alcohol and other drugs - SEAD from the perspective of crack users in treatment in service. Also outlined the general profile, based on the common characteristics of crack users interviewed, collected during field research. A qualitative research study adopted as a methodological procedure to completion of five semi-structured interviews, four with crack users in treatment, and one with a professional area of psychology who works with these patients in SEAD. The interviews were guided by a script prepared in advance. The research project was approved by the Ethics Committee of the Institute of Humanities UnB well as by the Assistant Division of Teaching and Research of the University Hospital of Brasilia, following the ethical guidelines for research with human subjects. As main results, we point out the fact that most users are men who recognize the influence of the family as motivation for treatment. Respondents highlighted the exposure to violence in the contexts of purchase / sale and use of crack cocaine, also reported positive results of the treatment in SEAD, and despite not knowing the concept of Harm Reduction, recognize the strategy from the action professionals.

Keywords: Crack, treatment, harm reduction, users, health

Sumário

Introdução	13
Capítulo 1: Histórico das Substâncias Psicoativas (SPA's) e das políticas de enfrentamento com foco na Perspectiva de Redução de Danos.	
1. Aproximação sobre o conceito de SPA's.	16
1.2 O consumo de SPA's e o desenvolvimento das estratégias de controle por parte do Estado.	20
1.3 Alternativas ao proibicionismo; uma experiência europeia.	28
Capítulo 2: Histórico e discussão das políticas de enfrentamento do consumo de SPA's no Brasil.	
2.1. Uma reflexão sobre o Brasil e o lugar das SPA's no processo histórico.	32
2.1.1 Os rumos das políticas brasileiras de controle de SPA's no século XX, seguindo a tendência mundial.	37
2.1.2 As estratégias da Ditadura Civil-Militar para o combate ao consumo de SPA's	40
2.2 As mudanças operadas na Política de Saúde brasileira e o desgaste do modelo proibicionista na compreensão do consumo de SPA's.	43
Capítulo 3: Consumo de Crack e Redução de Danos no Brasil.	
3.1 Consumo de Crack no Brasil	46
3.2 Alternativa ao proibicionismo sobre as SPA's; o paradigma da Redução de Danos	53
Capítulo 4: Metodologia.	
4.1 O Serviço de Estudos e Atenção à Usuários de Álcool e outras drogas – SEAD inserido no contexto do Hospital Universitário de Brasília.	58
4.2 Metodologia de Pesquisa.	61

Capítulo 5: Resultados.

5.1 Considerações acerca do perfil dos pacientes entrevistados	66
5.2 O consumo de SPA's pelos entrevistados	69
5.3 Panorama geral do SEAD, sob a perspectiva dos pacientes usuários de crack em tratamento	76
6. Considerações Finais	82
7.Referências Bibliográficas	85
Anexo A	89
Anexo B	91
Anexo C	92

Introdução

A variedade de Substâncias Psicoativas (SPA`s) à disposição do ser humano contemporâneo é imensa, e as formas e os padrões de consumo, vigentes hoje, são fruto de um processo histórico. O consumo abusivo de todas as SPA`s traz consequências para a saúde humana, porém algumas trazem prejuízos mais rápidos e intensos. Quando estes prejuízos afetam a vida de muitas pessoas, por conta da dependência química, os Governos adotam políticas específicas para lidar com a questão. Porém há de se diferenciar aqueles que usam SPA`s de modo controlado, e aqueles que são dependentes. A dependência química depende da confluência de três fatores para se instalar, sendo eles as propriedades da substância, o contexto sociocultural e econômico, e a personalidade do usuário (BUCHER, 1992).

As SPA`s estão à serviço do ser humano para diversas finalidades: na medicina, nos rituais religiosos, nas atividades de socialização, como estimulante para o trabalho pesado, na busca pelo prazer. Esse uso é recorrente em diversas civilizações, e atravessando o tempo, acompanhou as mudanças de comportamento nas sociedades. A modernidade inaugura novas formas de socialização, e conseqüentemente de consumo de tais substâncias (DOMANICO; MCRAE, 2006). O processo de consolidação do modo de produção capitalista na Europa do século XVIII, e a posterior incorporação do restante do mundo a este modelo, faz com que as pessoas se organizem ao redor do espaço de produção, criando os grandes centros urbano-industriais.

Devido ao avanço na técnica e na ciência, novas substâncias são produzidas, e comercializadas. Sob outro contexto, as pessoas consomem SPA`s, tornado-se recorrente o abuso e posterior dependência.. Os impactos trazidos pelo consumo abusivo de substâncias como o álcool, por exemplo, afeta a organização social, e o sistema produtivo. Os Governos investem seus recursos em elaborar aparatos jurídicos repressivos na tentativa de conter este processo. Sob esse viés repressivo, se inicia a “guerra às drogas”, em consonância com o discurso moralista religioso-ocidental, na tentativa de proibir o consumo de determinadas SPA`s, esquecendo-se que as drogas tornadas ilícitas, geralmente não são as mais consumidas (BUCHER, 1992). A indústria

farmacêutica domina parte da produção e distribuição de drogas, entretanto, novas drogas são criadas também nas ruas, por pessoas que fazem da necessidade de consumir SPA's um fim, ou um meio para adquirir dinheiro.

Um exemplo de nova SPA, da idade contemporânea é o crack, derivado da cocaína que por sua forma fumada, intensifica os efeitos de sua matéria prima. De seu local de origem nas metrópoles norte-americanas, o crack chegou até o Brasil, especificamente na sua cidade mais populosa, São Paulo, permeada por agudas contradições. O contexto que fez o crack popularizar-se nos Estados Unidos na década de 1980, era encontrado também no Brasil; uma grande quantidade de pessoas pobres, excluídas dos circuitos produtivos, vivendo nas ruas e do que as ruas oferecem. O tráfico se mostra como fonte de renda imediata, e os efeitos desta nova droga como o lenitivo para suportar a existência, muitas vezes na miséria (DOMANICO; MCRAE, 2006).

A quantidade de pessoas que consome o crack atingiu um número alto, o que justificou a presença de estudos sobre a quantidade de usuários, seu perfil e forma de uso. Respondendo a opinião pública, o Governo Federal cria no ano de 2010 o Plano de Enfrentamento ao Crack, com metas estabelecidas para a diminuição dos impactos causados na sociedade pelo consumo desta substância. A questão do tratamento para usuários de crack torna-se latente, e as diferentes perspectivas de entendimento desta questão travam debate público.

Este trabalho busca então refletir sobre o tratamento oferecido à usuários de crack, pelo Serviço de Estudos e Atenção à Usuários de álcool e outras Drogas – SEAD. Este serviço, inserido no Sistema Único de Saúde, e no contexto institucional do Hospital Universitário de Brasília – HuB, trabalha há quase duas décadas para diminuir a incidência do consumo e abuso de álcool e outras drogas, prestando assistência a usuários e família atingidos pelas situações propiciadas pelo consumo de SPA's. Este estudo teve como objetivo discutir a estratégia de redução de danos utilizada no tratamento ofertado pelo SEAD, bem como se aproximar da realidade dos pacientes usuários de crack em tratamento no serviço, a partir da visão destes próprios sujeitos, e

dos profissionais que o atendem, sobre o processo terapêutico a que estão sendo submetidos.

Procurou-se atingir os objetivos de pesquisa, no sentido de refletir sobre as características dos pacientes usuários de crack, estabelecendo assim um perfil geral destes. Ademais, é oferecida a oportunidade, a um grupo marginalizado da sociedade, de falar sobre suas inquietações e dificuldades. A partir das informações coletadas, traçou-se um panorama geral dos pacientes sobre o tratamento, e sobre a perspectiva da Redução de Danos (RD), como forma de se pensar o consumo de SPA`s. Os resultados da pesquisa irão de encontro à hipótese levantada, de que o SEAD contribui diretamente para a diminuição do consumo de crack no Distrito Federal, a partir de suas estratégias de tratamento que permitem que estes pacientes alcancem uma melhor qualidade de vida, e conseqüentemente abandonem a droga.

A motivação para a elaboração deste trabalho surgiu das inquietações do pesquisador suscitadas durante o estágio supervisionado realizado no SEAD. Além disso, julgou-se importante a efetivação de uma pesquisa sobre usuários de crack, tendo em vista a atualidade do tema, e a inexistência de trabalhos de conclusão de curso referentes a este tema no departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília.

Este estudo se divide em cinco capítulos, onde realizou-se inicialmente uma discussão sobre o conceito de SPA`s. Foi realizada também uma reflexão sobre as políticas de enfrentamento a questão no mundo contemporâneo. Estabeleceu-se diálogo com diversos autores sobre o surgimento do crack, e seu consumo no Brasil. Enfatizou-se o processo de superação das políticas unicamente repressivas, e do pensamento proibicionista sobre as SPA`s, o surgimento da perspectiva da Redução de Danos (RD) e seus impactos no Brasil. Por fim, foram apresentados os resultados da pesquisa, a partir da análise das entrevistas realizadas com pacientes e com profissional do serviço. Afirma-se aqui, que o trabalho está de acordo com todas as normas de ética em pesquisa com seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília – CEP/IH.

Capítulo 1: Histórico das Substâncias Psicoativas (SPA'S) e das políticas de enfrentamento com foco na perspectiva de Redução de Danos.

1.Aproximação sobre o conceito de SPA's.

O cotidiano dos cidadãos brasileiros que vivem do trabalho já se tornou um martírio há muito tempo, desde os grandes centros urbanos até os municípios mais isolados no interior desta enorme extensão territorial. Constatar este fato não é uma busca árdua, as expressões da questão social são evidentes, e no Brasil, onde o sistema capitalista se desenvolveu de forma dependente e subordinada à dinâmica dos países pioneiros no processo de industrialização, as consequências se mostram perversas (MARINI, 1973). Tomamos questão social como o conjunto de problemas de ordem político, social e econômica que está submetida à classe trabalhadora no processo de desenvolvimento do modo de produção capitalista, marcado pelo conflito entre capital e trabalho (NETTO, 2009). Neste cenário complexo, uma expressão da questão social que é de central importância e ocupa espaço na agenda governamental, além de figurar como uma das principais preocupações dos pais em relação a seus filhos (Da SILVEIRA, 2006), é o consumo abusivo de substâncias psicoativas (SPA's). As implicações para a saúde pública e as situações de risco e violência que envolve este tipo de conduta revestem esse assunto de polêmica.

O conjunto de SPA's, cujo o consumo têm despertado a necessidade de políticas específicas por parte do governo, compõem uma grande variedade, desde o álcool coletivamente aceito, passando pelos medicamentos, a cocaína e seus derivados, as drogas sintéticas, a maconha, enfim uma extensa lista. A compreensão de cunho moralista sobre o consumo e abuso de SPA's multiplica ações equivocadas por parte de diversas instituições e organizações, governamentais ou da sociedade civil, transparecendo o conservadorismo e a aversão por diferentes olhares sobre a mesma questão. Por outro lado o número de usuários de drogas pesadas, como o crack, têm aumentado (Brasil, 2013). Quando se trata das dependências ligadas ao campo dos

prazeres humanos, a sociedade toma a posição de juiz e os preconceitos arraigados afloram, o olhar do senso comum pode projetar o paciente de vítima a vilão rapidamente (Da SILVEIRA, 2006).

O esforço aqui investido será no sentido de ultrapassar a análise mais imediata e superficial do consumo de SPA's. A reflexão proposta parte de uma perspectiva histórica e dialética buscando se aproximar o máximo da totalidade da questão, superando o nível da aparência. O Homem constrói a história a partir de sua interação com a natureza, e das relações sociais daí decorrentes nos diferentes grupos sociais (PONTES, 1997), sendo assim debruçar-se sobre a questão como se esta fosse um “problema contemporâneo” pode induzir a erros graves de compreensão.

Neste trabalho serão consideradas substância psicoativas (SPA's) como “aquelas que de alguma forma agem no sistema nervoso, na consciência ou na psique humana” (FIORE,2006: Pg 21), e segundo Dias e Pinto (2006: pg 39), podem se dividir em três grupos:

- Naturais: Plantas que contém princípios psicoativos, sendo esta matéria prima utilizada na preparação da substância ou extraída e purificada.
- Semi – Sintéticas: Resultados de manipulações químicas realizadas, em laboratório, nas drogas naturais.
- Sintéticas: produzidas, unicamente, por manipulações químicas em laboratório e não dependem para sua confecção de substâncias vegetais ou animais como matéria prima¹.

As finalidades em que são empregadas as SPA's são diversas; tratar problemas médicos, em rituais religiosos, lidar com problemas, pertencer a um determinado grupo, por prazer ou curiosidade. As vias de administração das substâncias variam de acordo com as propriedades e as condições do uso, e influenciam diretamente nos efeitos destas substâncias no organismo humano.

O consumo de SPA's - registrada em vasta bibliografia sobre o tema - alcança os períodos mais remotos da história humana. Em cada continente as civilizações se

¹ Um exemplo de SPA's natural, é a maconha em sua forma pura. Como exemplo de SPA's semi sintética, temos a cocaína retirada diretamente das folhas de coca. E de SPA's sintética temos a anfetamina, elaborada em laboratório.

desenvolveram e as SPA's disponíveis em suas variedades naturais foram largamente utilizadas. As civilizações orientais possuem os primeiros vestígios históricos do uso de plantas como o cânhamo (4000 A.C.), em cerimônias ritualísticas. Nos territórios onde hoje se situam a Índia e a China, os Hindus utilizavam bebidas compostas de *Amanita muscaria*, cogumelo com propriedades alucinógenas, em suas cerimônias destinadas ao Deus-narcótico Soma. Os egípcios já em 3000 A.C gozavam de sofisticada sabedoria sobre as finalidades médicas e de lazer, de plantas como a papoula, a mandrágora e a datura (ARAÚJO; MOREIRA, 2006). Cada civilização em seu determinado período de desenvolvimento guarda suas relações com as plantas disponíveis em sua região, anexando ao uso destas, seus valores culturais e filosóficos. As mitologias de diversas civilizações relatam episódios onde divindades se alimentam de frutos proibidos, e assim sofrem as consequências deste ato, semelhante a bíblia onde Adão e Eva foram expulsos do paraíso por se alimentarem da árvore proibida.

A América com suas subdivisões de América do norte, central e do sul, possui um configuração bastante diversa no que toca a quantidade de civilizações nativas da região que reinaram absolutas até o contato com os povos europeus.

Em cada região das Américas se desenvolveram culturas complexas com suas próprias relações sociais e bastante diversas entre si. Na América Central em especial, embora seja uma pequena faixa territorial em comparação com as partes do sul e do norte, é onde se encontram a maior variedade de plantas com propriedades psicoativas, em especial alucinógenas. Várias destas plantas foram incorporadas em rituais religiosos dos maias e astecas, sendo largamente utilizadas no composto de chás, ricos em alcalóides LSD-análogos (ARAÚJO; MOREIRA, 2006). A civilização Inca, de origem andina, possuía um grandioso império ocupando uma vasta área que vai desde onde hoje se localiza o Equador, abrangendo o Peru, Bolívia até as áreas do Norte da Argentina. Quando os conquistadores espanhóis chegaram as terras pertencentes ao império inca, este povo já demonstrava um domínio de técnicas rebuscadas de engenharia, erguendo construções sólidas sobre a cordilheira dos Andes, além de manterem o cultivo de vegetais nas montanhas utilizando técnicas para levar água necessária para irrigar o solo da montanha. Possuíam uma complexa organização social com governo centralizado, hierarquia estabelecida e códigos de conduta. A civilização

Inca fazia uso de diversas SPA's, para diferentes propósitos, porém o hábito de mascar folhas da planta *Erythroxylum coca* é o costume mais conhecido deste povo, a folha desta planta é “mastigada com algum produto de natureza alcalina como cal, cinzas, ou matéria produzida a partir de certos moluscos.”(DOMANICO; MCRAE 2006: pg 371). O consumo das folhas de coca pelos Incas era regulado pelo imperador, soldados de bravura comprovada, a nobreza, e os servos faziam uso dessas folhas em ocasiões específicas. Dentro da cultura Inca a coca é um presente dos deuses para seus seguidores, que a utilizavam para suportar o trabalho duro e o frio no alto das cordilheiras onde o oxigênio era rarefeito, mais tarde foi de extrema importância para os combates contra os espanhóis conquistadores. Além do consumo das folhas da coca, os Incas utilizavam outras plantas da floresta com as quais preparavam a Ayahuasca bebida consumida em rituais e que era considerada o vinho da alma (Araújo; Moreira, 2006). O grande conhecimento dos incas sobre as plantas de sua região e sobre seus efeitos no organismo humano, aguçou a curiosidade dos espanhóis que buscaram obter tais informações privilegiadas sobre estas plantas até então desconhecidas por eles, no intuito de usá-las para a conquista de seus interesses, a longo prazo esta meta dos colonizadores foi alcançada.

“Os espanhóis, conquistadores da América no século XVI, encontraram a civilização inca e admiraram-se com suas riquezas botânicas. Médicos e farmacêuticos espanhóis vieram para a América aprender com os indígenas e levar as práticas medicinais para a Europa. Assim, as folhas de coca passaram para o continente europeu.”(BAHLS; BAHLS. 2002: Pg 176).

A guerra entre o império Inca e os colonizadores espanhóis foi composta por batalhas sangrentas onde os espanhóis levavam certa vantagem, por já utilizarem a pólvora para fins de batalha, além de dominar a siderurgia e terem sofisticados instrumentos de trabalho. Apesar da diferença numérica, as cidades incas possuíam exércitos maiores que os conquistadores, não foi difícil a dominação espanhola diante da qual sucumbiu o império. Além das armas tradicionais, os espanhóis trouxeram também as doenças desconhecidas, que derrubavam os índios. A corrida pelas minas de ouro e prata justificou a matança indiscriminada dos incas, a missão de se apoderar do máximo de riquezas para a coroa moveu o destino dos conquistadores. Logo os espanhóis escravizaram os índios nos trabalhos de retirada da prata nas minas de Potosí,

e como estratégia, liberaram o consumo indiscriminado da folha de coca para estimular os índios na jornada de trabalho, como explicita (GALEANO, 1971: p 58):

“Os espanhóis estimularam intensamente o consumo de coca. Era um negócio esplêndido. No século XVI gastava-se tanto, em Potosí, em roupa europeia para os opressores como em coca para os índios oprimidos. Quatrocentos mercadores espanhóis viviam, em Cuzco, do tráfico de coca. A igreja cobrava impostos sobre a droga. O Inca Garcilaso de la Veja nos diz em seus “comentários reais”, que a maior parte da renda do bispo, dos conêgos e demais ministros da igreja de Cuzco provinha dos dízimos sobre a coca. Com as escassas obtinham em troca de seu trabalho, os índios compravam folhas de coca em lugar de comida; mastigando-as, podiam suportar melhor, ao preço de abreviar a própria vida, as tarefas mortais que lhes eram impostas.”

Sobre a reflexão de Galeano, podemos nos ancorar para pensar sobre o consumo da cocaína e seus derivados no mundo ocidental moderno, que afeta de forma devastadora as populações pobres. Durante o passado o consumo das folhas de coca foi incentivado para o domínio e a submissão dos índios aos espanhóis, como forma de suportar o trabalho pesado nas minas. No Brasil por exemplo, já aparecem estudos sobre o trabalho dos cortadores de cana de açúcar, que nas plantações, em jornadas extenuantes fazem uso de crack (derivado da cocaína), para aguentarem os martírios desta ocupação², que suga a saúde do ser humano que a exerce, e faz tornar-se velho, uma pessoa de trinta anos.

1.2 O consumo de SPA's e o desenvolvimento das estratégias de controle por parte do Estado.

Durante o longo período conhecido pela história oficial como idade média, que compreende desde o séc. V ao séc. XV, o feudalismo se consolida como modelo de organização social predominante na Europa, que torna-se fragmentada nos diversos feudos unidos apenas pela cultura cristã. Segundo Araújo e Moreira (2006), o consumo de SPA's durante o período medieval Europeu se deu basicamente inserido nos cultos

² ANDRADE, Arlete Fonseca de. Cana e Crack: Sintoma ou problema? Um estudo sobre os trabalhadores no corte de cana e o consumo do crack. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social. PUC/São Paulo. 2003.

pagãos, sendo assim a igreja, ao iniciar a perseguição religiosa característica deste período, passou a proibir o consumo e manipulação de ervas com tais propriedades. Recaiam acusações de bruxaria sobre aqueles que se dedicassem a essas atividades, e as penas dos tribunais da santa inquisição são reconhecidas por sua severidade.

Com a expansão marítima e comercial, os europeus travaram contato com diversas culturas, dando início ao longo processo de colonização das Américas, e o fortalecimento das metrópoles que dominavam o comércio de bens exóticos trazidos de terras distantes. Este processo de colonização é impulsionado pela ganância por mercadorias e riquezas que potencialmente estariam nas terras do novo mundo. O grande tráfico destas mercadorias ditou o ritmo dos países colonizados, com suas economias voltadas para atender os interesses das metrópoles. O açúcar, a seda, as pérolas, a pimenta, o ópio, a seda, o chocolate, o tabaco, todos estes itens configuravam a lista de artigos de luxo que inundavam os portos e mercados europeus (CARNEIRO, 2002). Estas mercadorias que chegavam a Europa incentivaram uma espécie de mudança cultural onde uma série de produtos tornaram-se parte da cesta de consumo dos europeus, e desta forma novas necessidades difundidas e popularizadas, entre elas a necessidade de se consumir substâncias psicoativas com finalidade meramente recreativa. A partir do século XIX, nota-se que o consumo de SPA's é difundido de forma mais intensa, relacionando – se profundamente com o estilo de vida intenso e marcado pelos prazeres corpóreos, disseminado pelos autores românticos, e assim a tolerância em relação a essa atividade se torna maior, culminando na criação de organizações como o Clube dos Haxixins (1842) que reuniam intelectuais como Baudelaire e Victor Hugo (ARAÚJO; MOREIRA, 2006).

A acumulação anterior de capitais, oriundos do processo de colonização das novas terras na América e do intenso comércio marítimo, foi um vetor que possibilitou que a Revolução Industrial se desencadeasse no continente europeu. A revolução Francesa solidificou as bases políticas em que a sociedade moderna se desenvolveu, desta forma o racionalismo, e não mais os dogmas religiosos, orienta as ações de governo. O liberalismo econômico passa a servir de norte para as nações que ambicionam o desenvolvimento do capitalismo nascente, que representa o ideal de progresso econômico e bem estar social. O sistema capitalista se expande em diversos

países, inicialmente se estabelece na Inglaterra, país pioneiro na industrialização e após isso é absorvido por países como Alemanha, Bélgica, Itália, Japão e Estados Unidos. A partir daí a lógica capitalista é incorporada e permanece, apesar das crises sucessivas. Até hoje, esta lógica apontará para o pacote pronto de sociedade moderna, urbano industrial, que é almejado pelos países colonizados que participaram deste processo de forma dependente, na periferia do desenvolvimento. O processo de consolidação do capitalismo em escala mundial é contínuo e indeterminado. As transformações sociais foram de enorme impacto, a livre circulação de pessoas, mercadorias e as liberdades de contrato estão asseguradas pelos Estados nacionais, obedecendo à ideologia liberal.

A partir de 1848, a expansão capitalista toma um ritmo acelerado, os números de produtividade da indústria inglesa saltam de forma avassaladora na década de 1850, acompanhada pela alta nas exportações. Na Prússia, por exemplo, só no período de 1851 a 1857 foram criadas cerca de 115 companhias de exportação de ferro (HOBBSAWN, 2002). As transformações que o desenvolvimento tecnológico traz para a vida em sociedade nos países inseridos neste processo são indiscutíveis. A expansão capitalista se dá sobre a utilização do telégrafo, que permite uma maior velocidade nas comunicações de longa distância, acontece também associada ao uso intenso das estradas de ferro e das locomotivas e navios à vapor, que revolucionam o transporte de pessoas e mercadorias. A Europa toma a posição de centro irradiador de produtos industrializados para todo o mundo, e assim incorpora outras nações; como mercados consumidores destes produtos, e de exportadores das matérias primas necessárias para as indústrias.

As consequências deste vertiginoso crescimento das economias capitalistas - onde as riquezas são cada vez mais abundantes, e apropriadas de forma individual pela burguesia industrial- geram obstáculos para o bem estar social. O processo de pauperização da massa de trabalhadores, e do exército de reserva, alcança níveis alarmantes, a grande concentração destas pessoas nos guetos e subúrbios das cidades industriais, vivendo em condições insalubres e sob um regime de trabalho que incluía jornadas de até 16 horas. As reivindicações desta classe trabalhadora são levadas adiante por suas organizações representativas, o movimento operário apresenta seu programa de reivindicações imediatas por meio dos sindicatos, e assim obtiveram

conquistas no que diz respeito ao regime e condições de trabalho, respaldadas pela legislação trabalhista ainda incipiente. A classe trabalhadora também se organiza no intuito de subverter a ordem capitalista e construir uma nova sociedade sob os princípios do socialismo científico, tentativas sucessivas ocorreram, porém apenas em 1917 na Rússia a revolução se tornou realidade.

A consolidação do capitalismo a nível internacional trouxe consigo o soterramento de antigas tradições, e passa a determinar o ritmo de vida de grande parte da população, a classe trabalhadora, pelo trabalho assalariado, seja ele no setor fabril ou de serviços. A ideologia capitalista também passa a impregnar o período de reprodução da força de trabalho, de forma que ao retornar ao lar, os trabalhadores são incentivados a ter uma vida baseada nos padrões de consumo inerentes a este sistema, além de ter o tempo de descanso reduzido. A vida que segue este ritmo é obrigada a rearranjar, ou extinguir, antigos costumes de acordo com a nova dinâmica social, e altera a forma com que os seres humanos lida com as etapas e frustrações da vida, já em seu sentido moderno. A questão do consumo de SPA's não passaria ilesa por tantas transformações, e assim como em outros períodos, o consumo destas substâncias se funde com os novos padrões culturais vigentes.

As inovações tecnológicas anteriormente descritas, que permitiram o período de grande expansão capitalista, no fim do séc. XIX e início do séc. XX, permitiram também o avanço dos conhecimentos em química, e a manipulação de SPA's presentes na natureza, e posteriormente a capacidade de sintetizar algumas destas substâncias. Ainda no século XIX o consumo de SPA's acontecia sem a regulamentação ou proibição por parte dos governos ocidentais, ademais, era de certa forma incentivado, criando um novo e promissor nicho mercadológico para o espírito industrial ávido por oportunidades. Assim a indústria de bebidas alcoólicas cresce e alimenta o consumo deste item por parte dos cidadãos dos grandes centros urbanos.

Ainda na década de 1850, os químicos alemães Friedrich Gaedecke e Albert Niemann desenvolveram pesquisas com folhas de coca, conseguindo assim isolar o alcalóide o qual denominaram cocaína. A partir destas descobertas, a substância passa a ser utilizada largamente na composição de vinhos e tônicos consumidos e

comercializados livremente. Nos Estados Unidos a cocaína foi livremente consumida, sendo fácil sua aquisição por conta do baixo preço, 25 centavos de dólar a grama em sua forma pura, ou ainda incorporada a produtos industrializados como cigarros, pastilhas ou soluções prontas para injeção intra-venosa (BAHLS; BAHLS, 2002). Quando os cientistas reconheceram as propriedades da cocaína, ela foi amplamente utilizada para combater o cansaço, dores, aplicada como substituto alimentar e como medicamentos para depressão, doenças intestinais e alcoolismo, a cocaína também se popularizou entre a burguesia europeia, tendo em Sigmund Freud, o pai da psicanálise, um de seus maiores entusiastas. Freud “baseou-se nas suas experiências de auto-administração e de observação de pacientes aos quais receitou cocaína, e assim escreveu em 1884 seu livro *Über Coca* (Sobre a cocaína)”(BAHLS; BAHLS, 2002: p. 176). A produção e consumo de fármacos em larga escala, assim como o de bebidas alcoólicas, crescem aceleradamente no início do séc. XX, colocando no mercado uma variedade de SPA`s antes desconhecidas, incluindo também nesse conjunto a heroína e a morfina. Somados estes fatores à falta de controle sobre o consumo destas substâncias, essa nova dinâmica social proporciona novos padrões, por vezes abusivos, de consumo de SPA`s e conseqüentemente o surgimento de danos físicos e psicológicos que irão suscitar a necessidade da criação de mecanismos de controle por parte dos Estados (ARAÚJO; MOREIRA, 2006).

Diante deste quadro de aumento do consumo abusivo de SPA`s, inicia-se uma grande campanha com o intuito de diminuir a incidência desta conduta, que agora parecia ameaçar o estilo de vida do trabalhador norte americano, que deveria ser probo e sem excessos.

“Na virada do século, o consumo de opiáceos e de cocaína passou a ser visto como problema social nos Estados Unidos, assim como o de bebidas alcoólicas. Essa mudança de atitude deveu-se a um poderoso movimento pela temperança envolvendo diferentes interesses econômicos e políticos, como os de grupos religiosos, os da emergente indústria farmacêutica, os de diferentes nações industrializadas em competição e os de segmentos da corporação médica.” (Domanico; MacRae, 2006: 372)

A Islândia se torna referência como pioneira em criar a primeira legislação proibindo o consumo de bebidas alcoólicas no ano de 1908, porém as ações nos Estados Unidos consolidam o período marcado pela criação de severa legislação reguladora e

proibicionista do consumo de SPA's. Passa a ser reconhecido socialmente o caráter ilícito de uma lista de substâncias que eram de livre comercialização, essa mudança foi caracterizada por seu caráter repentino, e a impedição deste tipo de consumo é posta em vigor, revelando fenômeno inerente ao séc. XX do ponto de vista jurídico, econômico e moral, sendo reconhecido como proibicionismo (CARNEIRO, 2002). A convenção internacional ocorrida em Haia no ano de 1912, que resultou em resoluções que foram ratificadas por vários países, propôs sérias restrições ao plantio e ao comércio de *papoula*. Seguindo o fluxo desta tendência passa a vigorar, nos Estados Unidos, o *Volstead act* popularmente conhecido como Lei seca que irá proibir o consumo de álcool neste país de 1919 a 1933. O consumo de cocaína antes livre, é duramente reprimido a partir do ano de 1914 pelo *Harrison act*, lei específica que proíbe a venda, o porte e o consumo de cocaína. Dentre os vários interesses envolvidos na construção desta legislação proibicionista nos Estado Unidos podemos destacar a ascensão dos grupos conservadores da sociedade norte americana com seu forte teor puritano, que atribuem o consumo abusivo de cocaína, e os altos índices de violência, aos imigrantes negros, da mesma forma que o consumo de maconha é atribuído aos setores mais empobrecidos da sociedade, como os imigrantes latinos. Na Inglaterra as primeiras legislações proibicionistas aparecem durante a 1ª guerra mundial quando os níveis de consumo de cocaína e opióides tornam-se alarmantes, e estas drogas chegam em grandes quantidades nas frentes de batalha (ARAÚJO; MOREIRA, 2006).

As consequências que esta legislação de cunho proibicionista trouxeram para o país foram diversas, sob condições de repressão os consumidores de SPA's passam a buscar outras formas de se obter e consumir as substâncias. Desta forma a lei seca norte americana foi o estopim para a disparada do tráfico de drogas, entre elas a cocaína e o álcool, além de incentivar o consumo de álcool metílico, altamente tóxico para o organismo humano. Os números são impressionantes, 30.000 mortos e 100.000 pessoas com lesões permanentes pelo consumo de álcool metílico. Além da disparada dos níveis de violência associados ao tráfico de drogas, bem como o de casos de corrupção de agentes públicos que participam do comércio ilegal (ARAÚJO; MOREIRA, 2006).

A campanha intensiva de combate ao consumo de drogas nos Estados Unidos, transparece o seu caráter de controle e observação das pessoas, onde o estado cria

mecanismos de intervenção sobre a individualidade, e sobre as decisões pessoais de consumir ou não alguma coisa. Este controle dos corpos e da individualidade passa a incluir testes de urina e batidas policiais, de forma violenta o estado vigia e pune os usuários de droga. Autores como Antônio Gramsci analisam o proibicionismo norte americano como sendo parte da estratégia de controle da força de trabalho disponível, no intuito de regular e enquadrar as pessoas em modelo moralmente aceito e funcional ao desenvolvimento capitalista. O modelo Industrial *fordista-taylorista* necessita deste tipo de controle da vida dos trabalhadores para manter os níveis de produtividade sempre no máximo (CARNEIRO, 2002).

O consumo abusivo de SPA's permaneceu figurando como um grande problema social mesmo com as mais severas leis que proibiam este consumo. Na metade do séc. XX o mundo se recuperava do segundo grande conflito mundial, a década de 1950 foi um período de grande efervescência política onde o socialismo real disputava zonas de influência entre os países capitalistas, era iminente a possibilidade de virem a tona outras revoluções de caráter socialista como as que ocorreram em Cuba e na China, que aumentaram os domínios do socialismo. A juventude assume a posição de vanguarda contestadora dos valores morais que sustentam a sociedade moderna, os movimentos feministas levam a frente as bandeiras de luta pela emancipação da mulher, questionando os valores patriarcais da sociedade. Neste período a produção cultural está a todo vapor, e a contracultura se mostra como movimento que veio para questionar o status quo, vários intelectuais e os filhos da classe média norte americana participam da contracultura ao consumir as músicas, livros e ao aderir formas de se vestir e comportar. Torna-se comum que escritores de extração mais rebelde, como Jack Kerouack e Aldous Huxley, lidos por milhões de pessoas em todo o mundo, difundam em seus livros o consumo de SPA's, especialmente as alucinógenas, como experiências necessárias para o autoconhecimento e iluminações místicas. O programa de reivindicações dos movimentos da juventude libertária tomaram corpo e organização quando em 1968 Timothy Leary, porta voz dos benefícios do LSD, lançou-se na corrida eleitoral pelo governo do Estado da Califórnia (Araújo; Moreira, 2006). O movimento Hippie ganha força e representa esta tendência libertária de maneira singular, ícone deste movimento, o festival de música de Woodstock (1969) reúne nomes consagrados

do rock - Jimmy Hendrix, Janis Joplin e Jim Morrison - que irão propagandear o uso das SPA's entre a juventude considerada rebelde.

A década de 1960 assinala uma maior complacência com o consumo de drogas, porém a resposta vem quando, no Governo Nixon, a guerra as drogas é retomada e algumas SPA's são novamente demonizadas pela sociedade. Apesar disso, entre as classes médias europeia e norte americana, aumenta o consumo de cocaína por via nasal. Devido ao longo período de proibição, e a dificuldade no acesso a esta droga, a cocaína passa a ser artigo de luxo consumido por quem pode pagar caro, assim estão dadas as condições objetivas para, na década de 1980, o aparecimento do Crack (RIBEIRO; ARAÚJO, 2006).

O Crack é uma forma de cocaína fumável, que surgirá nos bairros carentes de maioria negra e latina nas áreas centrais de Nova York, Los Angeles e Miami. Na produção do crack o cloridrato de cocaína é dissolvido em água, onde é adicionado bicarbonato de sódio, esta solução após aquecida e seca, forma pedras que são fumadas em cachimbos ou objetos improvisados (DOMANICO; MCRAE, 2006). Os vapores liberados da queima destas pedras são absorvidos pelos pulmões chegando rapidamente ao cérebro via corrente sanguínea, onde os efeitos são similares ao da cocaína, porém de maior intensidade e menor duração. Assim como a cocaína o crack leva o paciente a ter uma intensa euforia seguida de agitação e ansiedade, o fluxo de pensamentos se torna rápido e nota-se sentimentos de grandiosidade, são frequentes as ideias paranóides. Com o uso intensivo o paciente apresenta tremor e espasmos musculares, convulsões, dor de cabeça, e risco de acidente vascular cerebral, os efeitos sobre o sistema cardiovascular são o aumento da pressão arterial, arritmia cardíaca e dissecação da aorta (DIAS; PINTO, 2006).

O crack, por ser uma forma mais barata e mais fácil de transportar logo se popularizou entre a população pobre norte americana, que podia ter os efeitos da cocaína, droga usada pelos mais ricos, em sua versão mais "prática". Os materiais necessários para o refino da cocaína tornam-se de difícil acesso, devido a fiscalização, desta forma os traficantes norte americanos optaram por vender o crack, que apesar de

ser um substrato de qualidade inferior, era de fácil venda mantendo os lucros deste mercado paralelo. Assim segundo Domanico e MacRae (2006: 373):

“A “Epidemia do Crack” pode, portanto, ser considerada, de certo modo, um resultado da política proibicionista antidrogas.”

O variedade de drogas pesadas foi incrementada pelo crack, que já estreava como item que movimentava grandes somas de dinheiro por meio do tráfico. Nos Estados Unidos a Heroína era utilizada pelos círculos da alta sociedade, apreciada por músicos e artistas, assim como sobre a cocaína também recaiu o status de droga da elite.

O governo dos Estados Unidos marca a década de 1980 como uma retomada das políticas repressivas contra SPA's específicas, essa campanha fortemente levada a cabo pela gestão de Ronald Reagan foi veiculada pela mídia aberta sensacionalista e apoiada pelos setores mais conservadores da sociedade, conhecida como “Guerra as Drogas” incluía todo um aparato legislativo de criminalização do consumo e porte de drogas. A primeira dama Nancy Reagan lança a campanha *just say no* (apenas diga não) no ano de 1984, para alertar pais e adolescentes contra o perigo das drogas ilícitas. São criados programas onde policiais visitam as escolas e substituem os educadores para dissertar sobre a questão das drogas, os jovens eram submetidos a um adestramento no sentido de dizerem não as abordagens dos traficantes. Pesquisas posteriores indicaram que ambas as estratégias adotadas pelo governo Reagan não contribuíram para a redução do consumo de SPA's (ARAÚJO; RIBEIRO, 2006).

1.3 Alternativas ao proibicionismo; uma experiência europeia.

A partir da década de 1970 as consequências sociais do aumento do consumo de heroína em países como Holanda, Alemanha, Espanha e Portugal tomaram proporções

assustadoras. Os efeitos da heroína sobre o corpo humano são imediatos, geralmente administrada por injeção intra-venosa, possui grande intensidade sobre o sistema nervoso central e órgãos periféricos, esta droga causa severos prejuízos á saúde do usuário, além do grande risco de *overdose*, pode causar infecções, aborto espontâneo, colapso de veias e contaminação por doenças como hepatite e HIV/AIDS (DIAS; PINTO, 2006).

No início dos anos 70, os consumidores de heroína em Amsterdã se resumiam aos grupos de *Hippies* que já usavam o ópio, e aderiram a este substrato, porém posteriormente surgem novos grupos de usuários, entre eles imigrantes pobres do Suriname, ex-colônia holandesa independente em 1975. A Holanda é abalada pela crise econômica e as condições dos imigrantes se tornam difíceis, diante de um quadro de desemprego e aumento do custo de vida. Alguns jovens imigrantes do Suriname foram empregados na função de traficantes de heroína nas ruas do centro de Amsterdã, neste contexto muitos deles se tornaram dependentes. Havia cerca de dois mil dependentes de heroína, originários do Suriname, fora de qualquer estratégia de atendimento por parte do governo local, envolvidos seriamente na criminalidade (BUNING, 2006).

Os órgãos responsáveis pela saúde pública local chamaram para si a responsabilidade de lidar com os usuários de heroína, encabeçados pela Secretaria de Saúde Municipal, desta forma o trabalho se iniciou ao compreender que a questão do consumo de heroína deveria ser tratado no âmbito da saúde. A tomada desta perspectiva implicou nos seguintes passos; primeiro a necessidade urgente de entrar em contato com os usuários de heroína, dar ouvidos a estas pessoas para saber sobre o problema e qual tipo de ajuda necessitam, criar um sistema de registro e identificação de usuários, e mapear as instituições que poderiam ajudar no enfrentamento da questão e potencializar seu funcionamento (BUNING, 2006). Após esta primeira fase, os interessados na questão organizaram reuniões com todas as partes envolvidas, Prefeitura, Secretaria de saúde, Polícia, usuários, e ONG's iniciaram um diálogo para definir as estratégias e ações que deveriam ser tomadas para contornar a questão.

Já na década de 1980, mais de 80% dos dependentes químicos de Amsterdã estavam cadastrados, uma rede exemplar de troca de seringas e agulhas funcionava

atendendo o público alvo, a política que vinha em substituição ao proibicionismo parecia dar bons resultados, porém agora o problema da infecção por HIV/AIDS parecia se expandir entre os grupos de usuários de heroína, e também para as pessoas que não utilizavam tal droga, mas se descuidavam na hora do sexo. Os números de 1986 apontam que “a prevalência do HIV entre as prostitutas dependentes de heroína era da ordem de 30%”(BUNING, 2006: 347). As ações de troca de seringas se multiplicaram, associadas a campanhas informativas sobre sexo seguro e técnicas mais seguras para a injeção de heroína, e distribuição de preservativos.

A partir de ações conjuntas, das quais participaram os órgãos governamentais, os usuários de heroína e outras instituições/sujeitos nasceram os programas de distribuição de seringas e agulhas descartáveis. Estes programas consolidaram a perspectiva da Redução de Danos (RD), que pode ser definida como uma política de saúde que visa minimizar os prejuízos relacionados ao consumo de SPA's, sejam estes prejuízos de natureza biológica, social ou econômica. Minimizar a redução de danos às ações de distribuição de seringas e agulhas é um erro, pois apesar de ser caracterizada também por isso, envolve outros aspectos diversos(POLLO-ARAÚJO; MOREIRA, 2008).

Outra ação de Redução de Danos que foi, e continua sendo, notadamente eficaz no enfrentamento da questão, e que inclusive foi incorporada por outros países europeus como Portugal, são os programas de distribuição de metadona para a substituição do consumo de heroína. A metadona é também um opiáceo, que ao ser administrada não causa efeitos entorpecentes nos pacientes, pode ser utilizada por via oral e os efeitos duram entre 24 e 36 horas, ela age no sentido de evitar os sintomas da abstinência da heroína. Estas são as vantagens mais imediatas, entretanto, pelo fato de ser um opiáceo, a metadona também causa dependência química e síndrome de abstinência (BUNING, 2006). A substituição do consumo de heroína pela metadona fez sucesso entre os usuários, que se afastaram do mundo do crime, eliminaram o consumo de heroína via intra-venosa, responsável pela contaminação de diversas doenças já citadas, criou um forte vínculo dos pacientes com os programas de atendimento, que oferecem atendimento psicológico e médico, e deu a chance de estes usuários reorganizarem suas vidas. A metadona é distribuída gratuitamente aos usuários, existe um ônibus que circula pelos bairros de Amsterdã para esta distribuição, objetivando alcançar os

usuários em seus locais de consumo de heroína, porém convém deixar claro que estes usuários atendidos pelo ônibus da metadona são encaminhados para o atendimento em unidades fixas onde recebem atenção especializada (BUNING, 2006).

Os resultados obtidos pelo trabalho de abordagem de rua foram fundamentais para a consolidação dos programas de Redução de Danos. Os chamados redutores de danos são pessoas treinadas e que são mais próximas do universo dos usuários de drogas, para facilitar o diálogo, estes agentes se tornam imprescindíveis pois estão inseridos na realidade dos usuários de heroína, desta forma eles agem em situações de crise, assim como prestam informações e direcionam os usuários para o programa de atendimento (BUNING, 2006).

As ações baseadas na perspectiva de Redução de Danos (RD) passaram a se popularizar na Holanda, as instituições tradicionais, que tinham seu trabalho orientado para a conquista da abstinência, como são os casos das comunidades terapêuticas, perceberam que esta nova tendência no tratamento de dependentes químicos ganhava espaço. Os representantes destas comunidades acusavam os defensores da redução de danos de certa omissão em relação ao problema do consumo de heroína, e clamavam para que o governo retirasse os incentivos dados a estes programas que começavam a interferir no seu negócio (BUNING, 2006).

Existem serviços de atendimento a dependentes químico, que seguem a perspectiva da Redução de Danos (RD), que atendem um público diversificado, usuários de múltiplas drogas. As estratégias de tratamento são combinadas em conjunto com o paciente, onde são estabelecidas metas a cumprir de acordo com os objetivos deste paciente. Desta maneira a estratégia de Redução de Danos pode se aplicar no tratamento de dependentes de diversas drogas, como veremos posteriormente.

Capítulo 2: Histórico e discussão das políticas de enfrentamento do consumo de SPA's no Brasil.

2.1 Uma reflexão sobre o Brasil e o lugar das SPA's no processo histórico.

Assume-se como comportamento inerente dos grupos indígenas, que viviam no território que hoje forma o Brasil, o consumo de substâncias psicoativas com lastro cultural, inseridos em rituais e situações específicas do cotidiano, como por exemplo o ato da caça, da cura e do conhecimento espiritual. A sabedoria adquirida pela experiência, sobre as diversas propriedades das plantas, para fins medicinais ou religiosos, é um dos grandes legados dos povos indígenas para a cultura popular brasileira. As tradições indígenas cultivadas em cada grupo guarda suas particularidades, e uma das características centrais da colonização portuguesa era a de domínio dos povos nativos, no sentido de obter os conhecimentos da região e de sua flora, para por em prática seus objetivos neste território.

Entre a diversidade de plantas utilizadas pelas populações amazônicas, estão o cipó *Banisteriopsis caapi* e a folha *Psychotria viridis*, que compõem um tipo de bebida milenarmente conhecida por estes grupos. Esta bebida tem seu uso aplicado em rituais diversos, principalmente de cura, e é administrada por xamãs dentro dos grupos indígenas, a isto adiciona-se o fato desta substância ser consumida dentro de uma estrutura social hierarquizada, onde o ritual envolve valores espirituais e doutrinários, constituindo uma forma de “consumo ritualmente controlado de psicoativos”(MCRAE, 2009). Apesar de receber diversos nomes, de acordo com cada cultura que fazia uso desta bebida, a partir do ano de 1930 passou a ser conhecida com chá de Santo Daime. Isto se deu pelo fato de que sob a liderança do ex-seringueiro Raimundo Irineu Santos, um grupo de pessoas criaram a doutrina do Santo Daime que incorpora o uso da bebida indígena e guarda alguma influência cristã.

Quando aqui chegaram os primeiros colonizadores portugueses, deslumbrados com a riqueza natural do território, logo colocaram seus objetivos em prática. O contato com as populações nativas se deu primeiramente de forma pacífica, onde o escambo se

mostrava como estratégia inicial e eficiente para conquistar a confiança daqueles que eram os ocupantes deste “novo mundo”. Tudo o que queriam os conquistadores era obtido por meio da troca com o gentio, desta forma se encheram as primeiras caravelas com as mais diversas mercadorias que partiram rumo a Portugal. Este modelo de trocas não atendeu os interesses dos colonizadores por muito tempo, e logo a dominação por meio da violência substituiu o escambo:

“Todavia, não foi a falta de habilidade dos conquistadores portugueses que motivou a substituição do escambo pela violência no trato com o gentio. As mudanças que se processaram nesse terreno foram simples decorrência das necessidades econômicas da Metrópole que a levavam a optar por outras formas de exploração da terra conquistada.” (GUIMARÃES, 1964, p. 10)

Logo, a partir do ano de 1532, sob o Governo Geral de Tomé de Sousa a relação de violência perante o nativo se intensifica, assim como sua captura para servir de mão de obra escrava. Os colonizadores adotaram um modelo de colonização que acarretasse em gastos mínimos para a coroa portuguesa, assim o território conquistado foi logo dividido em grandes porções de terras sob administração de nobres e fidalgos portugueses. As violências atribuídas a este período da história do Brasil, assim como a tomada das terras e a tentativa sistemática de destruição das populações indígenas configurou o nascimento da nação que posteriormente se desenvolveria.

Até a década de 1570 a mão de obra usada nas empreitadas portuguesas no novo mundo era do índio em situação de escravo, porém a partir daí começaram a desembarcar nos portos brasileiros os negros trazidos da África. Os portugueses já utilizavam a mão de obra do negro escravizado nas plantações de açúcar em outras colônias (Madeira e Cabo Verde), conseqüentemente deslocaram a rota do tráfico de seres humanos também para o Brasil. A população negra enviada para o Brasil no séc. XVI eram provenientes das áreas da Guiné, do Congo, Angola e Moçambique, os negros trazidos para o Brasil eram vendidos para as fazendas de açúcar que os organizavam para a produção, assim vários indivíduos de grupos diferentes eram colocados juntos para não conseguirem se comunicar devido a diferença dos dialetos. Essa prática foi utilizada para dificultar a comunicação, e resistência organizada da população negra.

Negros que antes eram reis e rainhas em seu território desembarcavam no Brasil para o martírio do trabalho escravo, assim a cultura negra foi sendo atacada e desmantelada de suas origens. A persistência dos negros em preservar sua cultura é digna de nota na história do Brasil, pois mesmo submetidos a crueldade do trabalho escravo, e tendo seus cultos, danças e rituais proibidos, os negros transmitiram seus valores, crenças e comportamentos durante os séculos. Um destes costumes é o de consumir *Cannabis Sativa*, popularmente conhecida como maconha, na forma fumada em cachimbos. De forma análoga às populações indígenas que habitavam o continente Americano, os negros trazidos da África tinham largo conhecimento sobre as plantas e recursos naturais de sua terra natal, sendo a *Cannabis* uma planta natural desta região, seu uso é largamente difundido em diversas culturas³.

A escravidão envolveu também o aspecto subjetivo da guerra cultural contra os negros, o discurso do colonizador destacou o costume de fumar maconha como relacionado à rebeldia do negro. Inverteu-se sobre a cultura negra, historicamente, uma série de preconceitos que atribuem ao negro um comportamento de malandragem e de mal trabalhador (“célebre” frase de caráter racista: “trabalho de preto”, “quando o negro não erra na entrada erra na saída”). Isto faz parte de uma tradição cultural que estigmatiza o negro, e o índio, e serviu objetivamente para os propósitos da escravização destes povos, e da dominação do homem branco.

O processo de colonização do Brasil, levado a cabo pelos portugueses transparece este caráter de guerra cultural, foi construída uma visão pejorativa do negro e do índio, atribuindo a estes personagens comportamentos negativos. Em contrapartida foi semeado em larga escala os padrões de vida europeu, principalmente a fé cristã católica como forma de catequização dos índios e dos negros. Os padrões de vida europeus eram exportados para o novo mundo e o trabalho escravo sustentava a sociedade colonial. A exportação de açúcar, de pedras preciosas e o tráfico negreiro, fortaleceram a

³ “O complexo cultural da “ganja” foi introduzido pela população de origem africana, sendo, até recentemente identificado com os negros e sua cultura, sofrendo consequentemente a repressão exercida pela sociedade racista.” (MacRae, 2006, pg361)

acumulação primitiva de capitais para o posterior desenvolvimento do continente europeu.

Até o início do século XIX o consumo de SPA's era regulado apenas pelas regras morais e comportamentais vigentes, o consumo de maconha se restringia aos grupos marginalizados da sociedade como os índios e os negros. A bebida alcoólica, confeccionada nos alambiques espalhados pelo país era um produto bastante utilizado, porém o consumo desta substância não preocupava as autoridades imperiais, apenas eram alvo das opiniões médicas o consumo desregrado, imoral e degenerante que a população pobre fazia desta substância (FIORE, 2006)

O controle do consumo de SPA's, por parte do Estado, iniciou-se com a primeira lei de proibição do consumo de maconha no Rio de Janeiro, ainda na década de 1830, sendo esta a primeira iniciativa legal em vias de proibição desta natureza. Atribui-se o fato da inauguração da proibição no Brasil como medida de controle social por parte do Estado Imperial, na capital do Brasil que continha o maior contingente de escravos do novo mundo, e possuía um contexto social potencialmente explosivo. A proibição do Estado Imperial não visava exatamente os efeitos e propriedades da maconha, mas sim vinha para combater a propagação de comportamentos e práticas da classe pobre, composta pelos negros e mulatos, e que carregavam consigo o estigma da “bandidagem e malandragem” (FIORE,2006).

Nas primeiras décadas do séc.XX o crescimento urbano das metrópoles brasileiras era desenfreado e desorganizado, a ocupação dos morros e periferias lançava o germe das enormes favelas contemporâneas. A aglomeração de pessoas pobres logo foi apontada como propícia à disseminação da prostituição, das doenças venéreas e do vício. Assim nasce a preocupação do Estado com a higienização dos espaços urbanos, esse movimento estava inicialmente relacionado com ações de saneamento básico e infraestrutura nos locais de circulação de pessoas e mercadorias, de forma que as consequências negativas do crescimento urbano não afetassem os pilares da economia agroexportadora. Os primeiros alvos destas campanhas de higienização foram os portos e os trabalhadores que os frequentavam, especialmente em Santos (SP) e Rio de Janeiro (RJ). O modelo de controle e combate das epidemias urbanas como a febre amarela e a

varíola, era baseado nas campanhas sanitárias, de conotação militar e disciplinadora. O desenvolvimento destas ações foram acompanhados pela criação de um aparato institucional médico que ficou responsável pela implantação de tais programas, entre eles o Instituto Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro, ao qual cabia a pesquisa e confecção das vacinas. Em consequências desta intervenção médica no corpo das pessoas, aliada a falta de informação das pessoas pobres moradoras das favelas, estourou no ano de 1904 a revolta da vacina, contra a imunização obrigatória da varíola, assim só foi possível a continuidade do programa sob a vigilância policial (AGUIAR, 2001).

Todo este aparato estatal desenvolvido para o controle das doenças, do vício e da prostituição, como afirmado acima, marca a fase inicial das ações de saúde pública brasileira, e é fortemente caracterizada pela repressão e controle da população pobre, vista como responsável pela propagação de doenças. Estão associadas também a estas ações, os interesses da nascente burguesia nacional, localizadas especialmente na áreas nobres destes centros urbanos, em vias de se fazer a higienização das cidades, e estabelecer a devida ordem necessária ao desenvolvimento do capitalismo. Em certa medida e guardada suas devidas proporções, estas campanhas se aproximam das ações desenvolvidas na Europa, quando da expansão urbana durante fim do séc. XVIII, e observadas por Michel Foucault da seguinte maneira:

“O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo investiu a sociedade capitalista.” (FOUCAULT, 1979: Pg80)

As ações segregacionistas de limpeza dos centros urbanos deslocaram o contingente de imigrantes para as áreas marginais do Rio de Janeiro, processo semelhante se deu em outras capitais dos estados brasileiros. Empurrar os pobres para mais longe, implicou em aglomerações ao redor das cidades, dando origem as favelas, as periferias, marginalizadas pela sociedade e esquecidas pelo Estado. Essas favelas são por regra compostas por barracos, habitações insalubres que ofereciam condições de vida precária. À essas pessoas os direitos básicos foram negados desde a gênese do país, e a questão social apresenta suas expressões cruéis, sob as diversas formas da violência, do consumo abusivo de SPA's e da prostituição, da morte por inanição, pela fome diária que atacava crianças e adultos. Nas fases seguintes da história do Brasil, essas

expressões da questão social passarão a ser mais latentes, fruto de um processo de desenvolvimento econômico subordinado e tardio, e as medidas para amortecer a situação, residuais e ineficazes, perante a estrutura que empurra seres humanos para a miséria.

2.1.1 Os rumos das políticas brasileiras de controle de SPA's no século XX, seguindo a tendência mundial.

Os primeiros artigos médicos que discorriam sobre a questão das drogas, redigidos por Rodrigues Dória (1915) e Assis Iglesias (1918), se limitavam a falar do “maconhismo”. Esses primeiros escritos já enquadram o consumo de SPA's como uma questão de saúde, um pequeno avanço, levando em conta o entendimento limitado e repressivo sobre tais substâncias (FIORE, 2006). O breve séc. XX inaugura no Brasil também a repercussão do aumento do consumo dos “venenos elegantes” por parte dos jovens ricos e dos frequentadores dos prostíbulos. A imprensa do período já estampava matérias de caráter sensacionalista que incluíam nomes da alta sociedade do Rio de Janeiro e São Paulo, envolvidos em escândalos, muitas vezes sob o efeito destes “venenos elegantes”, nome atribuído a cocaína, a morfina e o ópio (TRAD, 2009).

Seguindo a tendência proibicionista, encabeçada por países como a Islândia, Estados Unidos e Inglaterra, o Brasil enviou representantes para a convenção de Haia, em 1911. Nesta convenção foi ratificado o primeiro tratado internacional que versava sobre o controle do consumo e venda de ópio, morfina e cocaína, sendo conhecida como “convenção do ópio”, incentivada também, pela explosão do consumo destas substâncias na Europa e nos Estados Unidos. Já em 1914, sob a presidência de Hermes da Fonseca, é editado o decreto lei nº2.861 que dizia o seguinte.

“Ficam aprovadas para produzirem todos os seus efeitos no território nacional as medidas tendentes a impedir os abusos crescentes do ópio, da

morfina e seus derivados, bem como da cocaína, constantes das resoluções aprovadas pela Conferência Internacional do Ópio realizada em 1 de Dezembro de 1911 em Haya, e cujo o protocolo foi assinado pelo representante do Brasil na mesma conferência.” (Decreto 2.861, de 8 de julho de 1914)

Firma-se assim neste decreto, o início da criação do arcabouço jurídico de proibição do consumo de SPA's, que posteriormente irá desencadear as leis que criminalizam o usuário de SPA's. Sete anos mais tarde, em 1921, sob a gestão de Epitácio Pessoa, foi constituída uma comissão de juristas, médicos e autoridades policiais, para analisar a questão das SPA's e enquadrá-la no código penal brasileiro. Participaram desta comissão influentes autoridades entre elas Carlos Chagas (chefe da saúde pública) que contribuíram no processo de criação do decreto nº4.294 que pela primeira vez prevê a punição de prisão para quem operara venda de ópio e seus derivados, além da cocaína. O decreto nº 14.969 apresenta pela primeira vez a tipificação do toxicômano na legislação brasileira, ao mesmo tempo que se criavam os “sanatórios para toxicômanos”, visando a recuperação destas pessoas. Esta ação acompanhava a política de saúde mental brasileira da época, os sanatórios utilizavam-se de técnicas questionáveis para a recuperação de dependentes químicos, e a dependência era vista como causadora da loucura, alienação mental, que por sua vez tinha o isolamento como tratamento, além de choques elétricos e outros abusos cometidos. (FIORE, 2006)

O período em que o Brasil esteve sob a gerência de Getúlio Vargas observou-se a intensificação das ações de repressão do consumo de SPA's, especialmente da maconha, incluindo batidas policiais em feiras livres e terreiros de candomblé, assim como a prisão de pessoas envolvidas na venda e no consumo desta substância. A promulgação do decreto lei nº 30.930 amplia o número de substâncias proibidas pelo código penal brasileiro, entre elas está a maconha (sob a denominação de *Canabis Indica*) e o porte de qualquer das substâncias apresentadas no decreto implica na detenção do portador, lei que fortalece o estigma e criminaliza o usuário de SPA's (FIORE, 2006)

Já em 1936, é criada a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes (CNFE), órgão responsável por propor legislações que tratassem sobre o tema do consumo dos entorpecentes. Assim criou-se uma estrutura governamental específica

para ao assunto, composta por representantes de diversas áreas, entre elas a segurança pública e a saúde. As determinações sobre a fiscalização do consumo de SPA's, criadas pelo CNFE tratavam a bebida alcoólica com mais complacência em relação às outras SPA's, como muito bem observado por Sérgio Trad (2009: 104):

“No caso das bebidas alcoólicas, o uso excessivo continuou sendo visto com condescendência, como ocorria nas leis de trânsito. Nesse caso um motorista embriagado que causasse danos a terceiros poderia ser eximido de maiores responsabilidades por estar fora de si no momento do acontecimento, ao contrário da legislação atual, que considera o motorista que se excede nas bebidas alcoólicas como um infrator grave da lei de trânsito”

Sob a Gestão do Estado Novo, foi aprovada a Lei de Fiscalização de Entorpecentes (decreto Lei Nº 891 de 1938), elaborada pela CNFE. Esta lei apresenta uma descrição mais detalhada fixando as mesmas punições para quem portar, vender ou consumir as substâncias listadas, além de destacar o fato da proibição do tratamento da “toxicomania” em domicílio, sendo obrigatória a notificação ao governo, assim a dependência química alcançava o mesmo patamar das doenças infecciosas (Fiore, 2006). A ação do governo getulista, considerada o aprofundamento da política proibicionista das SPA's, se enquadra em um contexto de fortalecimento institucional no país. O estado regula a vida em sociedade, e busca desta forma amenizar as contradições entre capital e trabalho, que já nesta época significavam a semente da instabilidade social e política. No âmbito destas ações de Estado, foram criados o Ministério da Educação, o Ministério da Saúde, além de serem promulgadas as primeiras leis que regulavam o contrato de trabalho garantindo alguns direitos para os trabalhadores, entre eles o salário mínimo, e a criação dos institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPS), em vistas de manter os patamares produtivos da época. Durante a ditadura do Estado Novo, alguns sindicatos foram vinculados ao Ministério do Trabalho, demonstrando a tentativa do governo de amenizar o potencial contestador de sindicatos independentes, que foram colocados na clandestinidade, e passaram ao largo das medidas que beneficiavam os trabalhadores filiados a sindicatos vinculados ao ministério do trabalho.

O fortalecimento das instituições do estado, tinha o sentido de garantir os alicerces burocráticos para a consolidação do capitalismo nacional. Marcado pelo passado colonial de economia agrária, o Estado Novo intenta modernizar o país e

colocá-lo no circuito de produção, garantindo, por exemplo, a construção e os investimentos em infraestrutura que eram demandados pelo capital industrial, como hidrelétricas e siderúrgicas. O legado deixado pelos governos ditatoriais no Brasil, seja o Estado novo, ou a Ditadura Civil-Militar, foi o de desenvolver a ordem administrativa em vias de garantir a expansão do capitalismo dependente e associado as potências centrais, principalmente norte-americana. Os setores populares da sociedade foram incorporados neste processo de forma seletiva e regulada, tendo em vista que a grande maioria das pessoas estava de fora do mercado de trabalho formal. Ademais, o plano de modernização do país, deixava passar os traços da herança colonial do país, que são o patrimonialismo e as relações de privilégios existentes na administração pública do país (SOUZA FILHO, 2011). Combater o consumo de SPA's, era visto pelo governo como forma de regular a vida da classe trabalhadora no país, isso justificou o incentivo e a consolidação do aparato jurídico e institucional para este fim, iniciando assim a “guerra contra as drogas” no Brasil.

2.1.2 As estratégias da Ditadura Civil-Militar para o combate ao consumo de SPA's.

Sob a égide dos sucessivos governos norte-americanos, foram estabelecidos tratados internacionais de caráter cada vez mais rígidos, em vistas de controlar o consumo, a venda e a fabricação de SPA's, em escala mundial. O governo brasileiro, alinhado com as determinações econômicas e políticas do governo norte-americano, ratificou uma série de tratados sobre o tema, concentraremos nossa atenção sobre a Convenção Única Sobre Entorpecentes - 1961. Esta convenção irá determinar uma lista de substâncias psicoativas que foram reunidas em quatro grupos, levando em consideração seu grau de periculosidade, e que os países signatários das resoluções da convenção teriam que controlar ou proibir sua produção, venda e existência. Porém a construção desta lista e o agrupamento das substâncias não levou em conta unicamente o potencial de toxicidade das substâncias, como também a possibilidade do uso medicinal destas, como fica sublinhado por Fiore (2006: 31) da seguinte forma:

“Assim, a morfina, por exemplo, droga de alta toxicidade (grande possibilidade de Hiperdosagem) e, segundo os critérios médicos de então, com altíssimo potencial gerador de dependência, foi classificada pela convenção da ONU na lista 1 (substâncias controladas – com produção oficial) ou seja perigosa, mas com possível uso medicinal. A maconha, que apresenta toxicidade praticamente inexistente e potencial gerador de dependência, segundo os mesmos critérios, de baixo a médio, foi incluído na lista IV aquela que compreendia as substâncias proscritas – sem nenhum uso medicinal possível.”

O Brasil, signatário das determinações da convenção de 1961, se responsabilizou em aplicar estas medidas no território nacional. Diante disso, durante o governo militar na década de 1970, foi nomeado grupo de trabalho que teria a cargo os estudos necessários à promulgação da Lei de Tóxicos que foi aprovada no ano de 1976 (Lei nº6.368). O grupo de trabalho era composto por profissionais influentes na área de psiquiatria, além de outros representantes do governo militar, sendo resultado da promulgação da lei a criação do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes (SNPFRE), e o Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN), conselho este de caráter semelhante ao CNFE. A lei de tóxicos de 1976, trará em suas determinações a obrigatoriedade de todos os brasileiros residentes no país a “colaborar na erradicação do uso de substâncias ilegais” além de “admitir a existência de dependência física e psíquica” (FIORE, 2006, pag 31). Outro avanço presente nesta legislação, é o fato da separação das penas para quem for apreendido vendendo SPA’s proibida (art. 12), e quem for apreendido consumindo tais substâncias (art.16), porém, apesar da diferenciação nos artigos ambos os atos constituem crime com pena de detenção prevista. (FIORE, 2006).

O clima de tensão representado pelas ações antidemocráticas da ditadura civil-militar no Brasil, se agravou com a criação do Ato Institucional nº5, que determinava a cassação de funcionários públicos acusados de crimes de subversão, a prisão de lideranças sindicalistas, o reforço a censura sobre a imprensa e produção cultural, além de outras determinações autoritárias. O ano de 1968, em que foi instituído o AI-5, é marcado em escala mundial pela mobilização da juventude, e pelo crescimento dos movimentos contestatórios marcados pela contracultura, em seus aspectos artísticos e políticos. Antes deste período, o consumo de SPA’s já era associado a marginalidade, prostituição e criminalidade, carregando os estigmas criados pelo imaginário popular e

fomentados pelas opiniões racistas e conservadoras, com a expansão dos movimentos de contracultura e o aumento do consumo de SPA's (especialmente maconha e LSD) por parte dos jovens de classe média, o consumo de SPA's também passa a ser identificado com a delinquência juvenil e com a alienação político-social (TRAD, 2009).

A “guerra as drogas” empreendida no período ditatorial brasileiro, é caracterizada não só pela criação dos órgãos repressivos especializados como o SNPFRE, mas também se respalda na opinião de alguns especialistas na área de saúde. O discurso da ala mais conservadora da classe médica trazia informações que vinham na contramão das pesquisas desenvolvidas sobre a maconha, por exemplo, que já nessa época refutavam as teses que ligavam o consumo desta droga à comportamentos violentos ou a loucura (TRAD, 2009).

O enfrentamento da questão do consumo de drogas no Brasil é historicamente recente, e tem suas ações inscritas em um contexto de proibição em escala mundial, orientada a partir das convenções internacionais encabeçadas pelos EUA. A questão das drogas é entendida sobre os pilares da medicalização, da criminalização e da moralização, características presentes nas políticas sobre o tema nos sucessivos governos, acompanhadas do caráter de repressão por parte do Estado, que aponta os setores pauperizados da sociedade como o epicentro da questão. As medidas de controle das SPA's têm o objetivo de acabar com males da sociedade que representam grave ameaça para a ordem vigente, seja na segurança pública, seja na saúde pública (FIORE, 2006). Em contraste a estas ações de controle, foi constatado o aumento do consumo de SPA's, assim como passou a ser socialmente reconhecido que o consumo de SPA's é responsável pelo fortalecimento do crime organizado. Estas organizações criminosas, que tem suas ações também relacionadas ao tráfico de entorpecentes, passaram a corromper agentes públicos, administrar grandes somas de dinheiro, enfim se consolidaram como os grande cartéis do tráfico de drogas⁴. Logo foi notado que o

⁴ ”Nos anos 1970 e 1980, o fomento do consumo mundial de cocaína, culminou no surgimento dos cartéis colombianos (Cali e Medellín). Inicialmente, a serviço dos cartéis colombianos, a Mafia Nigeriana adquiriu estrutura e função próprias no comércio internacional de drogas.” (Ribeiro; Araújo, 2006. Pg460)

proibicionismo como paradigma orientador de políticas sobre SPA's, não estava cumprindo seus objetivos, pois a questão se apresentava a cada dia mais complexa, e com graves consequências, este movimento de desgaste da perspectiva proibicionista, e as novas tendências que surgiram para compreender o consumo de SPA's, serão os tópicos abordados no próximo item.

2.2. As mudanças operadas na Política de Saúde brasileira e o desgaste do modelo proibicionista na compreensão do consumo de SPA's.

A década de 1980 foi um momento marcante na história do país, onde se destaca o processo de redemocratização, marcado por uma transição lenta e gradual para a democracia. Pressionado pela opinião pública o governo militar passa o poder as mãos de um civil, José Sarney assume com o dever de convocar a assembleia constituinte, que tinha como atribuição redigir a nova constituição respondendo os anseios da sociedade por democracia e mudanças. Esta década foi marcada também pela forte crise econômica que assolava o país, a inflação em alta puxava os preços dos itens básicos de consumo, agravando as condições de vida da classe trabalhadora.

Em paralelo com o processo de redemocratização que contestava as práticas autoritárias dos governos ditatoriais, ocorriam os movimentos de reforma das instituições do Estado brasileiro, onde foi exigida uma maior responsabilização do Estado perante as necessidades básicas da população. Estes movimentos assinalaram conquistas na constituição de 1988, sendo elas a responsabilização do Estado pelos serviços básicos de saúde, educação, assistência social, saneamento básico, enfim um Estado que garantisse os direitos necessários para a população. No âmbito da saúde, esta conquista é creditada ao movimento de Reforma Sanitária que apresentava as propostas

de mudanças estruturais na área da saúde para o país, entre elas a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O movimento de Reforma Sanitária, era composto por profissionais da saúde, usuários do serviço e pelos parlamentares responsáveis pela área no congresso, assim este movimento assinalou na constituição de 1988 a obrigatoriedade do Estado prestar os serviços de saúde, além de estabelecer o Sistema Único de Saúde as suas formas de gestão e financiamento. A lei Orgânica da Saúde foi aprovada em 1990 coroando os esforços empreendidos neste momento.

Acompanhando o período de reformas no país, a forma com que era tratado o tema da saúde mental foi um dos questionamentos colocados pela sociedade no período da transição democrática. O Movimento de Reforma Psiquiátrica nasce ainda no período ditatorial, como a resposta dos profissionais de saúde mental e os usuários destes serviços, às condições encontradas nos hospitais psiquiátricos brasileiros. Estes hospitais tinham seu tratamento baseado no isolamento do paciente, popularmente conhecidos como hospícios, eram o palco de graves violações dos Direitos Humanos. A violência a que eram submetidos os pacientes foi o conteúdo das denúncias dos profissionais de saúde que trabalhavam na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), que incluíam além de violência física e psicológica, a medicalização excessiva e choques elétricos. O movimento de reforma psiquiátrica aprofundou suas ações durante a década de 1980, culminando na Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), onde foram discutidas a necessidade de nova legislação para regulamentar a saúde mental no país, além do questionamento sobre o modelo centrado na hospitalização. Assim, com a promulgação da constituição de 1988, que previa a obrigação do Estado em prestar os serviços de saúde, além da descentralização estabelecida pelo SUS no intuito de responsabilizar os estado e municípios, iniciaram-se as intervenções sobre os hospitais psiquiátricos acusados de violência contra os pacientes, como foi o caso da Clínica Anchieta em Santos (SP) (AMARANTE, 2008).

As conquistas da reforma psiquiátrica são diversas, entre elas está a criação de serviços substitutos aos hospitais psiquiátricos, a ideia é de que estes serviços oferecessem atendimento especializado 24 horas, durante todos os dias da semana,

ofertando leitos para situações de crise e equipes multidisciplinares preparadas para o atendimento. Este modelo modifica profundamente as ações para a saúde mental no Brasil, pois passa a colocar o paciente de volta a vida em sociedade, recusando o isolamento, abre novas perspectivas ao indivíduo, incluindo este ao máximo em atividades dentro de suas possibilidades. Assim nasceram os Núcleos de Atenção e Promoção a Saúde (NAPS), com o intuito de fazer o papel de substituir os antigos hospitais psiquiátricos.

Até a mudança no modelo de atenção a saúde mental brasileiro, era prática amplamente difundida a internação de usuários de SPA's nos hospitais psiquiátricos, que na maioria das vezes não possuíam estrutura adequada para atender estes pacientes. As políticas proibicionistas não conseguiam dar resposta ao crescimento do consumo das SPA's, e o tratamento baseado no isolamento também se mostrava falho, com as mudanças decorrentes do processo de reforma psiquiátrica. Aliado a isto o consumo abusivo de bebida alcoólica, antes visto com complacência, já era responsabilizado pelo crescimento das mortes no trânsito e em outras situações de violência, da mesma forma ocorreu com o cigarro, já visto como vilão da saúde. Em suma, eram necessárias novas respostas à questão do consumo de SPA's, respostas que superassem a antiga perspectiva proibicionista que pelo exposto apresentava sinais de esgotamento, como os baixos resultados alcançados por campanhas com slogan "diga não as drogas".

Capítulo 3: Consumo de crack e Redução de Danos no Brasil.

3.1 Consumo de Crack no Brasil.

A droga amplamente conhecida como *crack*, é um derivado da cocaína, considerado droga de baixa qualidade. Entra como substituto da cocaína, em uma versão mais barata, acessível à população de baixa renda, que busca efeitos semelhantes ao da cocaína, droga de luxo pela qual não podem pagar. Consumir *crack*, na forma fumada em cachimbos ou misturada em cigarros de maconha ou tabaco, significa efeitos bem mais intensos que a forma de pó do cloridato de cocaína inalado. O crack, por ser fumado chega rapidamente ao cérebro, o que justifica essa maior intensidade dos efeitos, ademais, a quantidade de pasta base de cocaína usada na confecção do *crack* é menor, o que puxa o preço da droga para baixo (DOMANICO; MCRAE, 2006).

O usuário de *crack* é constantemente apontado pela mídia como problema social que deve ser a todo custo extirpado da sociedade, sob um processo de culpar as vítimas, e responsabilizá-las pelo estado de violência e medo instalado nas grandes metrópoles. Não raras foram as ações de Estado de caráter repressivo e higienista que incidiram sobre as *crackolândias*, semelhantes aquelas ações do início do século XX operadas no centro do Rio de Janeiro, busca-se limpar as metrópoles e jogar a “pobreza e a miséria para baixo do tapete”. Como da primeira vez, essas ações se mostram novamente equivocadas, pois se debruçam sobre a face mais superficial do problema e a tratam como questão de segurança pública, ignorando a relação com a saúde, como se nota na reportagem a seguir:

“Tenho procurado ler muita coisa nestes dias, verificar a abordagem do tema no resto do mundo etc. Espanto-me. Mesmo os grupos mais porra-loucas da Europa mais “progressista” resistem em tratar a dependência como exercício de cidadania. No limite, até acham que os viciados são um problema do estado, mas não há quem não os considere, no mínimo, doentes. Uma faixa exposta durante aquela inacreditável churrascada na crackolândia dá o que pensar: “Nem criminoso nem doente; usuário de drogas é cidadão”. Assim, entende-se que o consumo das substâncias hoje consideradas ilícitas, crack inclusive, é um

exercício de... cidadania! Digamos, meus caros, que fosse... Esses “cidadãos” especiais têm o direito de sitiarem as cidades? Problema médico ou mero exercício da vontade individual, uma coisa é certa: quando um grupo impede o direito constitucional de ir e vir, como faziam os viciados e os traficantes da crackolândia, estamos diante de uma questão de segurança pública.” (Veja; 2012)

A “epidemia do *crack*” alardeada pela mídia faz parte da campanha diária de criminalização da pobreza, e nesse caso especialmente, dos que tem sua saúde comprometida pela dependência química do crack. Trato contrário é dado pela mídia ao álcool, que mesmo apontado como responsável pela OMS pela morte de 1,8 milhões de pessoas por ano no mundo, ser reconhecidamente substância relacionada ao número crescente de acidentes de trânsito⁵, além de estar relacionado com outros tipos de violência, é conteúdo de campanhas publicitárias de grande alcance.

Construir opinião, analisando a superficialidade da situação, se debruçando sobre uma crítica infundada sobre uma droga específica, e atribuindo a ela a responsabilidade sobre problemas sociais estruturais, além de vincular tudo isto na mídia, é no mínimo irresponsabilidade. Como o objetivo deste estudo passa ao largo da concepção estreita sobre o problema, analisemos como se deu a chegada do *crack* no país.

Apontar o momento exato de chegada de uma determinada droga no país é uma empreitada difícil, pois quando uma nova droga é inserida no mercado, demora um tempo até que os usuários travem contato com ela, que se popularize. Mais tarde ainda é que aparecem os primeiros registros policiais de apreensão desta substância, sob essas características iniciais o *crack* foi inserido no Brasil. Nos relatos dos usuários o ano de aparecimento do crack no Brasil é o de 1987, e o local é a capital do estado de São Paulo, já os registros do Departamento de Narcóticos da Polícia Civil de São Paulo (DENARC) apontam o ano de 1989 (DOMANICO; MCRAE, 2006).

⁵ ”Nos Estados Unidos, a cada trinta minutos morre uma pessoa de acidente de trânsito relacionado ao consumo de álcool, correspondendo a 41% do total de mortes no trânsito. No Brasil, do total de vítimas, 63,5% tinham ingerido algum tipo de bebida alcoólica, enquanto na Austrália outra pesquisa mostrou que 20,4% apresentaram resultados positivos para o consumo desta droga.” (Melcop; Oliveira, 2006)

A pobreza generalizada nos grandes centros urbanos, marcada pela exclusão da juventude do mercado de trabalho e do ensino básico, coloca um contingente enorme de pessoas em atividades esporádicas informais na busca dos meios de subsistência diária. Essa condição foi o ingrediente decisivo que garantiu o sucesso do *crack* nas grandes cidades norte americanas, onde surgiu primeiramente. De forma semelhante ocorre nas ruas de São Paulo, onde as camadas mais empobrecidas da sociedade foram absorvidas pelo mercado do tráfico de drogas, especialmente o *crack*. A predominância de usuários de *crack* pobres, na situação de morador de rua, não exclui a existência de usuários em outras situações socioeconômicas, porém, os usuários de *crack* dos extratos de média/alta renda, se protegem fazendo um uso mais reservado, as vezes longe dos circuitos de violência que envolvem as “*crackolândias*”. O ambiente e a forma com que se utiliza determinada droga influem sobre os danos para o indivíduo, que está mais vulnerável às consequências de acordo com as circunstâncias em que é feito o uso (DOMANICO; MCRAE, 2006).

As formas caseiras de preparo do *crack* se popularizaram entre os usuários de droga de São Paulo, misturando pequenas porções de cocaína úmida ou seca a bicarbonato de sódio e água, aquecendo a mistura forma-se uma substância oleosa que depois de seca se torna o *crack* fumável. Com o passar do tempo outros produtos foram adicionados a composição do *crack*, com o objetivo de aumentar seus efeitos e diminuir os custos, dando origem a variedade da droga cada vez mais tóxicas para o organismo humano, além de variar de acordo com cada região do país sendo chamado de “*oxi*”, “*merla*” ou “*bazuko*”. Devido a essa variedade de insumos utilizados na confecção da droga, dificilmente o usuário sabe a procedência do que esta fumando, podendo estar consumindo um tipo de droga diverso que causa mais estragos, sendo necessária a implantação de estratégias para minimizar os danos dos preparados fumáveis de cocaína (DDOMANICO; MCRAE, 2006).

O consumo do *crack*, se dá pelo uso de cachimbos, em latas de alumínio, ou em copos de água descartáveis, ou ainda misturados em cigarros de maconha ou tabaco. O processo de fumar as pedras de *crack* é iniciado com a colocação de cinza de cigarro sobre a lata de alumínio amassada no meio, as pedras são colocadas sobre a cinza e são queimadas com isqueiro, sendo inalada fumaça desta queima. O consumo de *crack* nas

latas de alumínio é o meio mais prejudicial para o uso desta droga, pois estas latas são retiradas do lixo, podendo estar contaminadas por diversos agentes, o compartilhamento destas latas também pode ser responsável pela transmissão de hepatite, ou outras doenças (DOMANICO; MCRAE, 2006).

Os danos provenientes do consumo de *crack*, são diversos, as vias respiratórias são afetadas pela fumaça tóxica, que carrega partículas sólidas para o sistema respiratório. A característica de estimulante do crack inibe o apetite, sendo recorrentes os casos de desnutrição e desidratação dos usuários, além de acarretar na perda de sono agitação motora, a má ingestão de líquidos também causa rachaduras nos lábios, com possível sangramento. Soma-se a estes danos físicos do consumo de *crack*, os danos de ordem psicológica e social, que nos meios de comunicação aberto são raramente descritos. Estes danos passam a ser perceptíveis quando o dependente de *crack* apresenta o descuido com a aparência e com os cuidados pessoais de higiene, além de se isolar do convívio social, estando apenas incluído nas situações de compra, venda e consumo da droga. O dependente de *crack*, em muitos casos, perde os vínculos familiares e sociais, e em seus relatos muitos deles afirmam que estudavam ou trabalhavam antes do vício, além de possuírem família, mas estarem distanciados destas (DOMANICO; MCRAE, 2006).

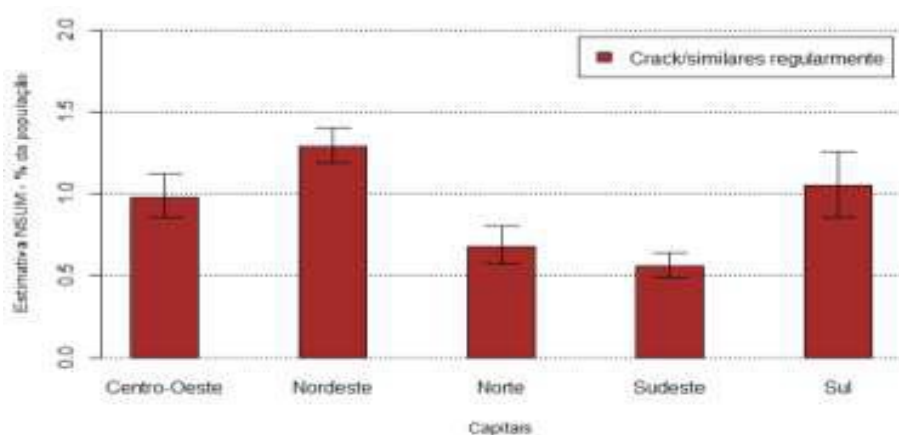
Outra consequência funesta do consumo de *crack*, é o fato de que pela droga ter um baixo preço, os usuários se inserem em situações de risco para ter dinheiro para comprar a droga. Muitos usuários passam assim a se prostituir por pequenas quantias de dinheiro, além de cometer pequenos furtos e roubos, tendo em vista trocar os objetos pela droga. Esta conduta alimenta o tráfico que é feito de forma vaporizada, com pequenos traficantes, que por vezes também consomem a droga, que carregam consigo em pequenas quantidades quando circulam pelos pontos de encontro dos usuários.

Diante do quadro de preocupação de toda a sociedade brasileira sobre a escalada do consumo de crack e outras drogas, a Presidência da República publicou em 20 de maio de 2010 o Decreto nº 7.179 instituindo o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, visando a prevenção do uso, o combate ao tráfico de SPA's proibidas e o tratamento para dependentes químicos em geral. Como parte do Plano

Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, foi idealizado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), um estudo que fizesse uma estimativa da quantidade de usuários de crack no Brasil, e apontasse algumas características gerais do perfil destes usuários. A pesquisa foi feita pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ (BRASIL, 2013).

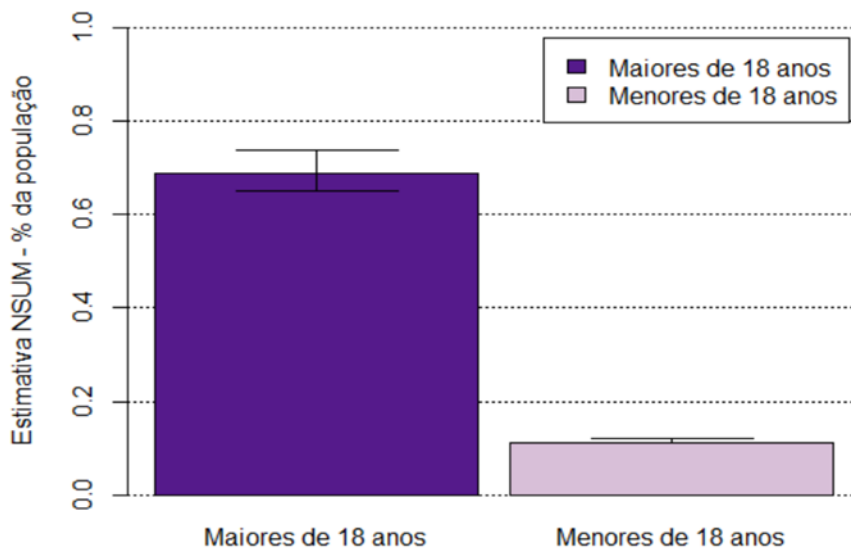
Construir uma estimativa sobre o número de usuários de crack é uma difícil missão, pois na maioria das vezes as pessoas nesta situação se retiram do convívio social, sendo muito problemático para os pesquisadores acessarem estas pessoas para uma possível entrevista. Desta maneira, foi escolhido o “inquérito domiciliar de natureza indireta”, onde o “foco primário da coleta de dados não são os usuários” (BRASIL, 2013, pg 4) mas sim pessoas comuns que são questionadas sobre as outras pessoas de seu círculo de convívio, e se estas consomem *crack* ou outras drogas . A partir desta pesquisa chegou-se a estimativa dos usuários de crack nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal.

Os resultados da pesquisa apontaram que, nas localidades pesquisadas, a porcentagem de pessoas que consomem drogas ilícitas em geral chega a 2,28%, o que significa um montante de 1 milhão de pessoas. Deste universo de pessoas que fazem uso de drogas ilícitas, tem-se que 35% são usuários de crack, o que corresponde ao número de 370 mil pessoas. Diferente do que era amplamente afirmado pela mídia e pela opinião não especializada, proporcionalmente em relação a população, a região nordeste apresenta um número maior de usuários de crack e similares que a região sudeste, como pode ser constatado no gráfico a seguir (BRASIL, 2013):



Fonte: (BRASIL, 2013. Pg 6)

Outro dado levantado pela pesquisa, e que chama atenção é o fato de que deste número total de usuários de crack nas localidades pesquisadas (370 mil), cerca de 14% são menores de 18 anos de idade. Isto representa um universo de 50 mil crianças e adolescentes que fazem uso de crack regularmente.



Fonte: (BRASIL, 2013, pg7)

Antes, as pesquisas feitas pelo método tradicional direto de coleta de dados com os próprios usuários regulares de crack e similares, apontavam para um universo de 48 mil usuários, número bem inferior ao constatado pelo método indireto usado na pesquisa da FIOCRUZ, 370 mil.

As informações coletadas sobre o perfil dos usuários de crack e similares, foram coletadas sob a metodologia “TLS – Time Location Sampling, e visa descrever tanto as características sociodemográficas quanto comportamentais dessa população, sendo realizada a partir de uma amostra complexa e representativa das 26 capitais.”(BRASIL,2013. Pg 2).

Desta maneira constatou-se que majoritariamente os usuários de crack e similares têm em média 30 anos de idade, sem desconsiderar a presença de crianças e adolescentes em situação de usuário. Ademais, o número de homens que consomem crack de forma regular é maior que o de mulheres, nas áreas pesquisadas, chegando ao montante de 78% dos usuários. Predominam nas cenas pesquisadas o número de usuários de “cor não branca” chegando a cifra de 80% dos usuários de crack e similares, em consequência 20% dos usuários é de cor branca, atenta-se para o fato de que o quesito raça/cor é auto declarado. A maioria dos usuários, 60,6% dos pesquisados declararam-se solteiros. Quando a questão é a moradia, observa-se que existe um grande número de usuários de crack e similares que vivem em situação de rua, porém nem todos estão nessa situação, tendo moradia fixa e passando longos períodos sem retornar a casa. Existe uma diferenciação também no fato de que nas capitais o número de usuários que moram na rua é maior, 47,3%, enquanto que nas áreas municipais o número de usuários de *crack* que moram na rua é de 20%, isso se explica pelo fato de que a dinâmica de vida nas áreas urbanas é diversa dos municípios (BRASIL, 2013).

Quando questionados sobre as formas de se obter dinheiro para o consumo de droga, tem-se que 65% afirma que faz trabalhos autônomos e esporádicos para conseguir o dinheiro necessário a obtenção da droga. O número de usuários que afirmaram conseguir dinheiro por meio da prostituição é de 7,5%, um número significativo e preocupante. Atividades ilegais como tráfico de drogas e roubos/furtos são apontados por, respectivamente, 6,4% e 9% dos usuários, como forma de financiar seu consumo da droga. Além destes dados, foi constatado que cerca de 70% dos usuários de crack no Brasil, assume que compartilha apetrechos como cachimbos e latas, para o consumo da substância, o que responsável pela contaminação por agentes infecciosos (BRASIL,2013)

Durante os estudos, algumas questões específicas foram feitas às usuárias de crack ou similares, e conseqüentemente observou-se que 10% das mulheres entrevistadas afirmaram estarem grávidas no momento da entrevista. Quando questionadas sobre o fato de trocar sexo por dinheiro para a obtenção da droga, entre as mulheres esse comportamento atinge 29,9% das usuárias, em contrapartida só 1,3% dos homens afirmou tal comportamento, isso se explica pelas diferenças e desigualdade de

gênero em nosso país. Outro dado alarmante relacionado às questões de gênero, é o fato de que 44,5% das usuárias de crack afirmaram já ter sido vítima de violência sexual (BRASIL, 2013).

Este levantamento é o mais recente, feito por órgãos de pesquisa respeitados, seus resultados traçam uma aproximação da realidade dos usuários de crack e similares, é de suma importância para orientar as políticas e ações do governo para este público específico. Aqui, listamos algumas das principais informações apresentadas na pesquisa, com o intuito de fomentar o debate sobre o assunto.

3.2 Alternativa ao proibicionismo sobre as SPA's; o paradigma da redução de danos.

O movimento de Reforma Sanitária, estabelecido no Brasil no contexto de luta contra o Estado militar autoritário, deixou como legado uma proposta de atenção a saúde mental que supera os modelos tradicionais, centrados no isolamento do paciente. Ao questionar o modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde mental, também expôs a problemática do tratamento de dependentes químicos, que era praticado na época, pautado no isolamento do paciente, retirando este do convívio social, e internando – o em clínicas que, como citado anteriormente, tinham práticas questionáveis de tratamento. Diversas instituições, particulares e de caráter religioso, tiveram seus interesses afetados diretamente com o questionamento do tratamento de dependentes químicos baseados no isolamento. O mercado das clínicas de recuperação de usuários de drogas reagiu, em vias de se evitar o fortalecimento de novas formas de atenção e tratamento a dependentes químicos, de modo que seu espaço e clientela seriam frontalmente afetados.

Apesar das campanhas apelativas que pediam para que os jovens dissessem não às drogas, o consumo de SPA's ilegais continuava aumentando e apresentando consequências preocupantes para a sociedade brasileira no fim da década de 1980. A repressão ao tráfico e ao consumo, parecia também não atingir seus objetivos, pois a

circulação das SPA's ilegais permanecia como um mercado paralelo, que fortalecia facções criminosas e aumentava os números da violência urbana nas capitais do país. Durante o ano de 1989, preocupada com escalada do número de usuários de drogas injetáveis (UDI) infectados pelo HIV e pela hepatite C⁶, a prefeitura de Santos (SP) iniciou o primeiro programa de Redução de Danos para usuários de drogas injetáveis, inspirados pela experiência de Amsterdã. O programa consistiu na distribuição de equipamentos para o uso seguro de drogas injetáveis, encabeçado pela Secretaria Municipal de Saúde, o programa foi interrompido seguindo determinação do Ministério Público, que interpretou a ação como “Incentivo ao uso de drogas” (TRIGUEIROS; HAIEK, 2006).

Durante a década de 1990, algumas Organizações Não Governamentais como a IEPAS (Instituto de Estudos e Pesquisas em AIDS de Santos) insistiram na distribuição dos equipamentos limpos para o consumo de drogas injetáveis, mesmo de forma clandestina, além de ensinar os UDI's a limparem as seringas e aplicar de forma segura a droga. Estas ações persistentes, visando unicamente a prevenção de doenças infecciosas nos grupos de UDI's, foram pioneiras e incentivaram posteriormente os Estados e Municípios a implantar programas de redução de danos, de forma que hoje, a RD faz parte da política nacional de drogas (TRIGUEIROS; HAIEK, 2006).

O ano de 1991 foi um marco para a perspectiva de redução de danos no Brasil, pois o PROAD/UNIFESP (Programa de Orientação e Atendimento às Dependências da Universidade Federal de São Paulo) iniciou o trabalho de treinamento de alguns de seus pacientes, para que estes fizessem o papel do redutor de danos, distribuindo hipoclorito de sódio e orientando os UDI's a como limparem suas seringas. Na sequência da década de 1990, se consolidou no Brasil a perspectiva da redução de danos, que se fortaleceu a partir do trabalho dos redutores de danos, profissionais de saúde e usuários de drogas em busca de seus direitos como cidadãos. No ano de 1994, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de DST/AIDS, e em parceria com o Banco Mundial e a UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) retomou a redução de danos

⁶ Cerca de 70% dos casos registrados de infecção por HIV e hepatite eram UDI's.

como parte do projeto de prevenção ao abuso de drogas e contaminação de doenças infecciosas entre UDI's, onde a distribuição de seringas era assegurada (POLLO-ARAÚJO; Moreira, 2008).

O ano de 1997 foi marcado pela criação da Associação Brasileira de Redutores e Redutoras de Danos (ABORDA) no sentido de fortalecer as ações de redução de danos, e incluí-las na política de saúde. Durante o ano de 1998 foi fundada a Rede Latino Americana de Redução de Danos (RELARD), com o objetivo de promover as ações de redução de danos inseridas em uma proposta de compreensão do consumo de SPA's mais abrangente, fundamentada na promoção da saúde pública e no respeito a dignidade humana e a cidadania na América Latina (POLLO-ARAÚJO; MOREIRA, 2008).

A redução de danos aparece na história do Brasil como uma alternativa para a compreensão do consumo de SPA's, e na atenção aos usuários destas substâncias. Todo este percurso da redução de danos no Brasil culminou na inserção desta perspectiva nas ações de Saúde Pública para o tratamento e atenção de usuários de drogas, inscritas nas portarias do Ministério da Saúde, de julho de 2005. Estas portarias determinam o regulamento das atividades que objetivam a redução de danos sociais e a saúde, em consequência do uso de produtos, substâncias que causem dependência, além de destinar recursos financeiros para o financiamento das ações de redução de danos nos Centro de Atenção Psicossocial para o álcool e outras drogas – CAPSad. Outro avanço obtido na legislação sobre drogas, foi a revogação da ultrapassada lei de drogas de 1976, que foi revogada pela lei nº11.343 que afirma em seu artigo 20 o seguinte:

“...constituem atividades de atenção ao usuário de drogas e respectivos familiares, para efeito desta lei, aquelas que visem a melhoria da qualidade de vida e à redução dos riscos e dos danos associados ao uso de drogas.” (BRASIL, 2006: art. 20)

A promulgação desta lei representa um avanço na política de drogas brasileira, pois além de reconhecer a redução de danos como estratégia de abordagem da questão das drogas, também estabelece a diferenciação entre as penas para quem usa e para quem vende drogas, determinando as quantidades que configuram as condutas.

A redução de danos se desenvolveu no Brasil e extrapolou as ações de distribuição de seringas e material descartável para UDI's, alcançando ações orientadas para

usuários de todas as SPA's, envolvendo ações destinadas também as drogas legais como álcool e tabaco. De acordo com cada SPA, e seus efeitos, podem ser pensadas, em conjunto com os próprios usuários, ações e medidas que visem diminuir os danos trazidos pelo consumo da substância, e no caso de o paciente ter o objetivo da abstinência completa da droga, a diminuição gradual do consumo, ou substituição da substância por outra menos danosa.

Ações de redução de danos específicas para usuários de crack, tem se desenvolvido frente a magnitude das consequências sociais e de saúde pública que a dependência de tal droga levanta. Ações pragmáticas como a distribuição de Kits, com cachimbos individuais, protetores labiais e cartilhas informativas, são de suma importância para a proteção da saúde dos usuários desta droga, e tem se destacado nas capitais brasileiras.

Outra ação, construída em Salvador-BA, e promovida pelo CETAD (Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas), visa a reunião de usuários de crack, para sessões de cinema na rua. Os usuários de crack em situação de rua, podem usufruir de um momento de lazer, além disso, equipes de redutores de danos usam este espaço de socialização para conversar com estes usuários sobre a possibilidade de tratamento e fazer a pesquisa com o intuito de conhecer o perfil psicossocial dos usuários, colhendo informações para a construção de novas ações (DOMANICO; MCRAE,2006).

No Programa de Orientação a Dependentes da Universidade Federal de São Paulo (PROAD/UNIFESP) foi feito um estudo com cerca de 24 usuários de crack, do sexo masculino durante o período de um ano. Estes usuários relatavam que usavam maconha como forma de amenizar os efeitos da abstinência do crack, afirmando que a maconha trazia uma redução da ansiedade e mudanças em seu comportamento. Ao relatar isto, os pacientes deixavam de receber medicamentos contra os sintomas da abstinência, de forma que no final do período de pesquisa, 70% dos usuários tinham deixado de usar o crack, e após certo tempo diminuía o consumo de maconha (DOMANICO; MCRAE, 2006).

Estas e outras experiências de redução de danos para usuários de crack tem se efetivado pelo país, porém o que temos hoje é uma existência contraditória entre estas ações de redução de danos, que significam um avanço na atenção a usuários de droga, e

ações de cunho repressivo/policialesco. Estas ações executadas como forma de limpeza do espaço urbano ainda acontecem de forma pontual e velada, e são respaldadas pela compreensão moralista do consumo de SPA's. Outra face desta contradição é o fortalecimento das clínicas particulares de recuperação de dependentes químicos de caráter confessional, que apesar de não fazer parte do equipamento de saúde público, por vezes recebem financiamento do Estado, e pautam seu tratamento sob a disciplina e pressupostos religiosos.

Capítulo 4: Metodologia

4.1 O Serviço de Estudos e Atenção à Usuários de Álcool e outras Drogas – SEAD inserido no contexto do Hospital Universitário de Brasília.

O Hospital Universitário de Brasília está localizado na avenida L2 norte, quadra 605, foi construído em 1972, durante o regime militar, como unidade do Instituto de Pensões e Aposentadorias dos Servidores do Estado - IPASE. Inicialmente a instituição se dedicava exclusivamente a atender os servidores públicos federais, seguindo o modelo vigente da seguridade social aplicado no Brasil e na América Latina tendo caráter excludente e corporativista. Ficou conhecido como Hospital dos Servidores Públicos da União – HSU, não sendo utilizado pela grande massa da população carente dos serviços saúde. Esta tendência na área da saúde, é explicitada por Santos (1987: p.71):

“Simultaneamente, outro conflito social evoluía. Visto que a prestação de serviços previdenciários era função da contribuição isto é, do contrato estabelecido entre o Estado, através do Instituto que o representava, e os cidadãos estratificados, quanto mais bem aquinhoadas fosse a categoria profissional na esfera da produção, melhor também o seria na esfera da compensação, isto é, no que diz respeito aos benefícios previdenciários e de assistência médica.”

Através de um convênio de 1987 o Hospital foi incorporado á rede de serviços do Distrito Federal, e somente depois de muita luta por parte dos professores e estudantes foi finalmente cedido à UNB pelo INAMPS, sendo chamado definitivamente de Hospital Universitário de Brasília. Em 2008 o Conselho Superior Universitário - Consuni- aprovou a inserção do hospital no Sistema Único de Saúde (SUS). O HUB funciona em caráter de hospital-escola que permite aos estudantes das áreas relacionadas à saúde uma prática dentro da realidade do hospital, cumprindo a tríade do ensino, pesquisa e extensão. Porém, a realidade da instituição reflete a condição em que está a saúde pública no Brasil, o hospital passa por sérios problemas na estrutura física com instalações antigas, e em certos casos precárias.

Mesmo com os problemas acima descritos, podemos observar que o Hospital Universitário de Brasília é procurado por uma grande quantidade de pessoas de todas as regiões do Distrito Federal, e até mesmo de outros Estados do Brasil. A grande maioria destes usuários são pessoas que dependem do Sistema Único de Saúde público e não podem pagar pelo serviço na esfera particular. Esta procura pelo atendimento do Hub se explica pelo fato de que o hospital é referência nacional em tratamentos de alta complexidade, transfusões intra-uterinas, alguns tipos de transplantes, no tratamento de câncer, no atendimento a transexuais, na cardiologia, na oftalmologia, na odontologia, no tratamento de dependentes químicos e produzir pesquisa científica em várias áreas da saúde. O hospital cumpre seu papel de hospital escola pois abre campo de estágio obrigatório e extracurricular, além de oferecer residência para os cursos de saúde e áreas relacionadas.

No Serviço Social podemos chamar atenção para o trabalho e a atuação da Divisão de Serviço Social – DSS-HUB que há mais de duas décadas trabalha com os pacientes que chegam para os mais variados tratamentos no hospital. Sabe-se que a estratégia de informar e orientar os pacientes recém chegados sobre seus direitos e responsabilidades durante o tratamento, pode produzir resultados positivos no tratamento de diversos problemas de saúde, dos mais complexos aos mais simples. Para cada paciente é feita uma avaliação social inicial que resultará em uma proposta de atendimento específica que leve em conta as necessidades de cada um. A equipe do Serviço Social, na DSS, conta com cerca de 10 profissionais que atendem às demandas dos pacientes com qualidade, e seguindo as orientações do SUS, apresentadas na Política Nacional de Humanização na alta e média complexidade, e das demais políticas públicas.

Nessa dinâmica de hospital escola, foi criado no ano de 1990 o Programa de Atendimento ao Alcoolismo – PAA. Inicialmente, a equipe do programa contava com a participação de duas Assistentes Sociais, duas Psicólogas e uma Psiquiatra. O referido programa foi criado com o objetivo de reduzir a incidência do alcoolismo no Distrito Federal e colaborar no desenvolvimento de estratégias que possam beneficiar a população. Também foram traçados objetivos específicos, que seriam a recuperação do paciente alcoolista e a orientação aos seus familiares, a sensibilização da comunidade

quanto aos problemas do alcoolismo, e a contribuição para a capacitação técnica das equipes de saúde que trabalham na área.

O trabalho do PAA ofereceu resultados positivos e sofreu uma reestruturação, passando a atender usuários de outras drogas além do álcool, sendo chamado de Serviço de Estudo e Atenção a usuários de Álcool e outras Drogas – SEAD. Porém esta mudança além de atender às novas demandas dos usuários e familiares incluiu mudanças de caráter administrativo bem como novos desafios à equipe, no sentido de melhor capacitação e atualização para realizar uma abordagem mais ampla. Atualmente, o público que demanda atendimento no SEAD, compreende pessoas das mais diversas classes sociais, desde moradores de rua a altos funcionários de instituições públicas e privadas.

O Serviço trabalha com a política de redução de danos recomendada pelo Ministério da Saúde. Trata-se de uma perspectiva que estimula o paciente a reduzir os impactos negativos que o consumo de substâncias químicas traz para ele e para os que com ele convivem. Essa perspectiva não impõe o definitivo rompimento com o uso de drogas, mas propõe uma nova abordagem com base em uma reeducação e não em ações punitivas. A redução de danos não é um estímulo ao uso de drogas e apesar de se apoiar na tolerância e respeito às escolhas individuais, apresenta ao usuário maneiras e hábitos saudáveis, orientando sobre os riscos e prejuízos do consumo destas substâncias para que diante destas informações o usuário possa tomar decisões concretas e saber o que está fazendo.

O surgimento do SEAD está inserido em um contexto maior de fortalecimento da perspectiva de Redução de Danos (RD) no Brasil, e na criação de serviços ambulatoriais de atendimento a dependentes químicos pautados por esta perspectiva. Parte-se da ideia de que o usuário é protagonista de seu tratamento, que passa a ser baseado em sua escolha, e com ações pensadas em conjunto entre o paciente e o profissional do serviço. Diferentemente de outras perspectivas de tratamento verticalizadas onde os profissionais de saúde aplicam ações pré-estabelecidas sem a participação do paciente envolvido. Portanto, nota-se como característica do serviço ambulatorial, ser o espaço de tratamento, onde a criação do vínculo paciente serviço é

estabelecido, este vínculo se baseia em uma relação de confiança do paciente com o profissional de saúde, necessária para a concretização dos objetivos traçados.

Na busca por oferecer um suporte completo ao usuário do serviço, a equipe de caráter multidisciplinar é composta por diferentes especialidades. Existe a disposição do paciente um clínico geral, psicólogos, psiquiatra, enfermeiro, atendente e assistente social. São realizadas no serviço atividades de estágio, e residência, que oferecem a oportunidade de integrar estudantes no processo de atendimento.

No âmbito do SEAD, as atribuições profissionais de cada categoria são muito bem delimitadas, sendo assim cabe ao Serviço Social, a fase de acolhimento e triagem, onde o paciente tem o primeiro contato com o Serviço, e se informa sobre a dinâmica dos atendimentos, depois o paciente é encaminhado para a psicoterapia mais apropriada para seu caso, sendo duas modalidades principais: Psicoterapia de grupo e individual.

Também é tarefa do Serviço Social a informação sobre os direitos dos usuários e também dos familiares e a articulação com outras instituições para atender possíveis demandas que ultrapassem a possibilidade do Serviço. Os profissionais do Serviço Social fazem reuniões com os familiares dos pacientes em tratamento ou não, para fortalecer a rede de apoio a quem está em tratamento, além de possibilitar a troca de experiências entre os familiares, socializar as informações e trabalhar o desenvolvimento da autonomia. Outra atribuição do Serviço Social é realizar visitas domiciliares aos pacientes que demandam uma melhor compreensão dos fatores de risco e de proteção presentes no contexto familiar e comunitário. As referidas visitas são realizadas após discussão do caso em equipe. Pontualmente podemos colocar as atribuições atividades do Serviço Social como:

- Acolhimento;
- Entrevistas com Familiares;
- Grupo de Familiares;
- Visitas domiciliares;
- Coordenação do Trabalho comunitário;
- Grupo de Intervenção Educativa/Ministério Público;

- Atendimento de adolescentes em medidas socioeducativas de semiliberdade;
- Atendimento durante a internação de pacientes na enfermaria;
- Visita institucional.

4.2 Metodologia de pesquisa.

Na intenção de atender os objetivos de pesquisa, foi percorrido o caminho metodológico julgado mais adequado. Diante disso, inicialmente foi feita a revisão bibliográfica sobre os temas chave: História das drogas, Políticas de enfrentamento das drogas, Consumo de crack no Brasil e Redução de Danos. Esta revisão bibliográfica foi de suma importância para um aprofundamento sobre os temas chaves que orientaram a pesquisa, além de definir os autores com os quais foi estabelecido diálogo durante o trabalho. Este diálogo profícuo deu origem ao marco teórico apresentado no projeto de pesquisa, e aprofundado na presente monografia.

Após concluído o projeto de pesquisa, foi iniciado o processo de submissão à análise do Comitê de Ética do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília. O processo de submissão se deu via Plataforma Brasil e, foi prolongado devido ter ocorrido em período de greve dos funcionários técnicos administrativos, momento delicado dentro da universidade. Com a aprovação do projeto de pesquisa pelo comitê de ética do Instituto de Humanidades da Universidade de Brasília, o próximo passo foi a submissão do projeto à análise da Divisão Adjunta de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário de Brasília, para a aprovação e ciência de que o trabalho foi feito com consentimento e apoio do Hospital, além de respeitar as normas éticas do hospital.

Recebidas as devidas autorizações para o início do trabalho, foi realizada reunião com a coordenadora do SEAD, para apresentação da proposta de trabalho aos outros integrantes da equipe do SEAD, que foram de suma importância nas demais fases da pesquisa. Dando prosseguimento, foram estabelecidos os critérios de elegibilidade para a participação dos pacientes na pesquisa, de maneira que, para serem entrevistados os

pacientes deveriam ter entrado, ou retornado ao tratamento no ano de 2010, que marca o início do Plano de Enfrentamento ao crack, estratégia do Governo Federal para dar resposta a opinião pública sobre os problemas causados pelo consumo desta SPA`s.

O pesquisador teve acesso ao cadastro geral de pacientes do serviço à partir do ano de 2010. Este cadastro possui as informações dos pacientes como nome, número de registro no hospital e data de adesão ao serviço. Com esta lista em mãos, a equipe do serviço apontou os pacientes que fizeram/fazem uso de crack, e estão em tratamento. A fase de análise documental, sobre os prontuários dos pacientes, consistiu em buscar as informações relevantes para a pesquisa, como idade, ocupação, naturalidade, estado civil, frequência ao tratamento. A pesquisa dos prontuários foi realizada dentro do arquivo geral do hospital. Com os dados da análise documental dos prontuários, foi elaborada uma tabela com as informações coletadas. Essa tabela funcionou como um calendário das entrevistas, pois para cada paciente foi colocado na tabela seu dia de atendimento com os psicólogos do serviço.

Tendo em vista o caráter qualitativo da pesquisa onde as informações coletadas possuem maior profundidade, foi escolhida como instrumento de coleta de dados a entrevista semi-estruturada. Este modelo de entrevista permite que o pesquisador, partindo de um roteiro base pré-estabelecido, desenvolva uma conversa aberta com o participante, onde este, seguindo a linha de seu próprio raciocínio, desenvolve suas respostas baseadas em suas experiências. As questões que deram origem ao roteiro de pesquisa foram criadas em consonância com os aspectos teóricos que orientam o trabalho do pesquisador, além de refletirem as inquietações que suscitaram o interesse pela pesquisa.

Foram realizadas quatro (4) entrevistas com pacientes, e uma (1) entrevista com a profissional responsável pela coordenação do SEAD. As entrevistas seguiram roteiros pré-estabelecidos no projeto de pesquisa, e foram realizadas em salas disponibilizadas pelo próprio serviço, visto que o hospital tem sua característica de ser um hospital escola, e em seus espaços também são realizadas pesquisas acadêmicas. Em média as entrevistas duraram cerca de 20 minutos, e não ocorreram imprevistos que prejudicassem a coleta das informações.

As datas do atendimento dos pacientes com os psicólogos do serviço, foram escolhidas como o momento mais propício para a abordagem do pesquisador, visto que os potenciais participantes da pesquisa estariam no local, sem a necessidade de se estabelecer contato telefônico prévio. De forma geral, as entrevistas foram realizadas após o atendimento no serviço, onde a própria profissional que atendia o paciente apresentou o pesquisador ao paciente, neste momento foi estabelecido um diálogo explicativo sobre a pesquisa, seus objetivos e foi solicitada a participação do paciente na pesquisa. Foi solicitado, antes de todas as entrevistas a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, modelo indicado pelo comitê de ética, em duas vias uma para o participante e outra para o pesquisador.

As entrevistas foram realizadas de maneira que o paciente pudesse falar livremente sobre as questões abordadas, desde seu histórico de consumo de SPA's, questionando sobre o que o levou a iniciar o tratamento, sobre como ficou sabendo do serviço, até questões mais delicadas como qual o lugar de consumo de crack, e se sofreu ou vivenciou alguma situação de violência por conta do envolvimento com o crack. Todas as entrevistas foram subsidiadas pelas informações iniciais coletadas na análise documental dos prontuários, com o objetivo de se ter uma visão a partir da fala dos próprios pacientes sobre a perspectiva da Redução de Danos (RD), e sobre o tratamento no SEAD, além de buscar informações comuns nos discursos dos diversos pacientes entrevistados.

Realizadas as entrevistas, foram transcritas as gravações e organizadas as informações e anotações coletadas sobre as falas dos pacientes. O processo de transcrição obedeceu literalmente ao conteúdo das falas dos participantes, permeadas por trechos que transparecem a dura realidade enfrentada pelos usuários de crack, as informações prestadas permitiram que o pesquisador se aproximasse significativamente deste universo. A fase de análise das informações fornecidas pelos participantes se pautou pela eleição de categorias de análise como: o perfil geral dos pacientes entrevistados; A visão dos pacientes sobre o tratamento oferecido pelo SEAD e a melhoria da qualidade de vida proporcionada pelo tratamento. A partir destas categorias chave foram, analisados as informações coletadas durante as entrevistas, os frutos desta análise subsidiaram os resultados da pesquisa apresentados no próximo capítulo.

Capítulo 5: Resultados

A realização de quatro entrevistas com pacientes usuários de crack em tratamento no SEAD, e a entrevista com uma profissional do serviço, subsidiaram a formulação dos resultados da pesquisa. A profissional entrevistada trabalha há cerca de 18 anos no tratamento de pessoas com abuso/dependência de SPA's, período no qual fez especialização e diversos cursos na área de álcool e drogas.

Para a organização dos resultados encontrados dividiu-se as análises em duas partes. Na primeira apresentam-se aspectos relacionados ao perfil dos usuários, englobando as informações mais gerais fornecidas durante a entrevista. Na segunda parte, foram discutidas as características do serviço prestado pelo SEAD, a partir da perspectiva dos pacientes em tratamento. Esta divisão facilita a organização das informações, com o intuito de atender aos objetivos do trabalho. As informações foram analisadas em bloco, onde se buscou promover os aspectos comuns apresentados nas falas dos entrevistados, como também os aspectos divergentes.

O consumo de crack, e outras formas de cocaína fumada, é alardeado na mídia aberta como uma espécie de epidemia que assola a sociedade brasileira. Os esforços governamentais para o combate a essa droga parecem não surtir efeito diante das dimensões do problema. Os usuários desta droga contam em suas experiências o cotidiano conturbado de quem consome o crack, a compulsão pelo consumo descrita pelos usuários sempre aponta o estreitamento de sua vida para somente as situações que envolvem o consumo, a compra e a busca de recursos para subsidiar o consumo. Este estreitamento das dimensões da vida, e a compulsão pela substância traz prejuízos pessoais e profissionais acentuados. O usuário se desconecta de seu círculo social, de sua família e de seu espaço de trabalho, e passa a experimentar a alternância entre a sensação de prazer promovida pelo consumo da substância, e o mal estar promovido pela fissura quando não se tem a substância (MOREIRA, 2006).

A pesquisa mais recente sobre a estimativa da quantidade de usuários de crack no país aponta para o número de 370 mil usuários distribuídos entre os principais

centros urbanos do país, representando cerca de 35%, dos aproximadamente 1 milhão de usuários de drogas ilícitas nas capitais do país (BRASIL, 2013). Acompanhando essa estimativa numérica, a pesquisa realizada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas também contemplou o quesito perfil dos usuários, onde foram abordadas questões como faixa etária, sexo, Raça/cor, situação conjugal, situação de moradia, formas de obtenção de dinheiro, aspectos jurídicos/criminais, padrões de consumo. Seguindo tendência de investigações anteriores, na presente pesquisa, construiu-se o perfil dos usuários, utilizando algumas variáveis semelhantes, buscando estabelecer diálogo com os resultados de outras pesquisas.

5.1 Considerações acerca do perfil dos pacientes entrevistados

Na primeira parte da entrevista buscou-se uma aproximação geral do perfil dos pacientes entrevistados. Por isso, perguntou-se sobre o sexo, idade, cor/raça, naturalidade, ocupação, e local de moradia. Foram feitas questões também relacionadas aos padrões de consumo de SPA`S, especialmente do crack. Estas questões englobam um histórico de consumo de SPA`S e, mais especificamente durante quanto tempo o entrevistado fez consumo de crack, além de questionar se o entrevistado passou por situações de violência por conta do envolvimento com o crack, se já foi detido em situações de compra/venda/consumo de crack, e qual local/contexto que este entrevistado fazia uso do crack.

Sobre a faixa etária, os dados da pesquisa sobre O perfil dos Usuários de crack e similares no Brasil, apontam que “os usuários de crack/similares entrevistados foram, majoritariamente, adultos jovens com média de idade de 30 anos” (BRASIL, 2013 pg. 7). No presente trabalho, os participantes da pesquisa apresentam média de idade de 41 anos, tendo o participante mais jovem 32 anos, e o paciente mais velho, 52 anos.

Sobre o quesito sexo, todos os participantes eram do sexo masculino, houve um grande esforço para se entrevistar pacientes do sexo feminino, na busca de se refletir, ainda que de forma sucinta, sobre a questão de gênero dentro do contexto do consumo

de SPA's, porém não foi possível tendo em vista os prazos de entrega do trabalho. Os dados oferecidos pela pesquisa da SENAD sobre o perfil dos usuários de crack/similares demonstram que nos contextos pesquisados 21,3% dos usuários eram do sexo feminino, número bastante expressivo, tendo em vista que a mulher sofre formas específicas de violência relacionadas ao gênero, e isso pode ser agravado em contextos de consumo de crack (BRASIL,2013).

Em relação à profissão dos entrevistados, um identificou-se como operário da construção civil, que no momento da entrevista estava a procura de emprego. Um vigilante, que além de ter esta ocupação principal fazia trabalhos esporádicos na busca de complementar o orçamento. Um trabalhador autônomo, que lava carros, e um funcionário público. A bibliografia especializada aponta casos em que a fonte de renda do usuário de crack é proveniente da prostituição, porém nesta amostra não encontramos comportamentos desta natureza.

Sobre o quesito raça/cor, dois participantes declararam-se brancos, e dois participantes se auto-identificaram como pardos. A pesquisa produzida pela SENAD aponta que existe um predomínio de usuários não brancos (80%) nas cenas investigadas, o que transparece uma “sobreposição de pretos e pardos em contextos de vulnerabilidade social, como é o do consumo de crack.” (BRASIL, 2013. Pg9). A diferença entre os dois resultados, pode ser explicada pelo fato de que o contexto pesquisado foi muito específico, se reduzindo aos usuários de crack que estão em tratamento no SEAD, além do número reduzido de participantes. Porém um resultado não exclui o outro, tendo em vista que dois de quatro participantes declararam-se não brancos.

Diante da questão sobre situação conjugal, os resultados apontam para uma predominância de pacientes casados. Dos quatro entrevistados, apenas um identificou-se como solteiro, em contraposição a pesquisa da SENAD sobre o perfil dos usuários de crack, onde 60,6% dos entrevistados se declararam solteiros. Esta diferença se explica pelo fato de que usuários de crack casados, têm como fator de proteção a família, pois esta família cobra destes usuários a busca por tratamento. O que também acontece com

pacientes que moram com os pais, os quais representam fatores de proteção⁷. Este é o caso dos pacientes entrevistados neste trabalho, algumas falas demonstram a importância da família como fator de proteção e apoio durante o tratamento, como pode ser notado nos trechos a seguir:

“...a maior dificuldade que eu tenho é porquê trabalho por conta própria e todo dia tenho dinheiro, mas hoje mesmo falei com minha esposa pra ela tomar conta do dinheiro.” (Entrevistado 2)

“...meus familiares queriam que eu largasse as drogas eu vim aqui porque a família dizia poxa fica indignada, ninguém mais te suporta ninguém mais quer te ver perto quando chega aqui você chega sem moral cabisbaixo...” (Entrevistado 4)

“...tátá, to quieto não to aprontando, minha mãe só fica braba se eu chegar bêbado, mas se chegar tranquilo ela faz a janta manda banhar traz a roupa, moramos eu minha mãe e dois afilhados.” (Entrevistado 1)

Porém, a cobrança familiar por tratamento pode também dificultar o processo, se esta cobrança se dá de forma acentuada, sem respeitar a individualidade do paciente, a partir de um discurso moralista. Este tipo de comportamento pode tornar-se nocivo e contribuir para marginalização do usuário, que passa a ser alvo de desconfiança e descrédito, como é o caso apontado por BUCHER (1992: 241):

“Uma tal resposta repressiva, pela qual se revida ao problema do abuso de drogas, com frequência é exigida pela família do drogado. Esta, ultrapassada pela presença incompreensível e ameaçadora presença de um filho consumidor ou dependente de tóxicos, angustiada pelo emaranhado das próprias contradições e incapaz de comunicar-se com ele para restabelecer um verdadeiro diálogo, vê então a intervenção psiquiátrica como única intervenção possível, ou mesmo como salvação para a união familiar, eliminado o problema (provisoriamente) do seio da família.”

Esta cobrança exacerbada sobre o paciente, para que este busque tratamento e pare de usar a droga, demonstra o desespero dos familiares, e pode ser notado no seguinte trecho:

“...hoje em dia todo mundo confia em mim, mas até no começo do programa o pessoal não estava confiante não porquê a droga deixa todo mundo desconfiado, se eu saía de casa pra buscar um cigarro minha mulher já ficava chorando em casa sabendo que eu não ia voltar mais porquê o crack é droga

⁷ “Tomamos como fatores de proteção, pessoas ou locais que fazem parte do cotidiano dos pacientes dependentes químicos, e os mantêm longe de ambientes de consumo de SPA’s.

devastadora você consome um num dia e tem que ficar ali consumindo o dia todo.”(Entrevistado 4)

Desta maneira, a interpretação dos resultados da pesquisa, nos faz reafirmar aqui a importância da participação da família no tratamento. Tendo em vista que todos os entrevistados afirmaram que a família foi importante no processo de busca de tratamento. Os familiares mais próximos do usuário devem ter acompanhamento e orientação para lidar com a situação do paciente, de maneira que a família possa ajudar da melhor forma possível na recuperação do paciente.

Quando questionados sobre seu estado de origem, as repostas dos participantes apontam uma configuração bem heterogênea, de maneira que temos participantes naturais da região centro-oeste, nordeste, e norte. Sobre os locais de moradia, os participantes apontaram residência fixa, sendo três moradores de Regiões Administrativas do Distrito Federal, e um morador do entorno do DF. Chamou atenção do pesquisador a forma com que dois dos entrevistados descreveram as comunidades onde vivem. O participante que era morador do Pedregal-GO, cidade do entorno sul do Distrito Federal assim define sua comunidade:

“...violência, já vii muita gente morrer... bala lá é foda... se neguin te pegar na madrugada é mal, violência é mato lá todo dia, esses dias mesmo morreu dois pertinho lá de casa. Pegou só 14 (tiros) de ponto quarenta nele, e eu escutei os tiros que foram pertinho lá de casa. Daí no outro dia o cara falou mataram o bixo lá...”(Entrevistado 1)

“Eu moro no Goiás, no Pedregal, lá só tem o que não presta.”(Entrevistado 1)

Outro participante morador da cidade de Planaltina-DF, também aponta sua cidade como um local que convive com altos índices de criminalidade.

“...Tem final de semana que é violento mesmo.”(Entrevistado 3)

As comunidades apontadas pelos pacientes como locais violentos, possuem números altos de homicídios. A Região Administrativa de Planaltina-DF foi a RA do Distrito Federal com o segundo maior número de Homicídios no ano de 2009 (60 casos). A comunidade do Pedregal-GO, faz parte do cordão de municípios do entorno sul do Distrito Federal, e traz uma taxa de 7,67 homicídios, para cada cem mil habitantes, uma média alta que transparece as dificuldades locais (UNODC, 2011). Ambas as cidades apontadas pelos entrevistados, são o local de moradia de muitas famílias em situação de vulnerabilidade social. Nestas cidades existem bairros e comunidades inteiras que se multiplicaram sem a infra-estrutura básica, sendo assim as

condições de habitação são precárias, os serviços públicos de saúde, educação, transporte e saneamento básico não são efetivamente cumpridos. Comunidades nesta situação são locais férteis para a proliferação do tráfico e do consumo de SPA's, especialmente do crack, como apontam DOMANICO E MCRAE (2006: 373):

“As condições de exclusão de importantes setores jovens da população urbana, que já haviam garantido o sucesso do crack nas grandes metrópoles americanas, produziram efeitos análogos no Brasil, e atualmente a maior parte dos “craqueiros” conhecidos é provenientes das camadas mais desprivilegiadas da população.”

Podemos assim notar que o consumo de crack é também resultado da situação de vulnerabilidade social em que vivem as pessoas, fazendo com isso se intensifique proporcionalmente às atividades de venda do entorpecente.

5.2 Histórico de consumo de SPA's pelos entrevistados

Sobre o histórico do consumo de SPA's, desde o primeiro contato até o consumo de crack, a interpretação sobre os resultados da pesquisa aponta que todos os entrevistados iniciaram o consumo de SPA's durante a adolescência e juventude (até os 20 anos de idade) e a substância que tiveram o primeiro contato foi a bebida alcoólica. Um fato que chamou atenção foi de que dois dos entrevistados afirmaram não gostarem dos efeitos proporcionados pelo consumo de maconha, descrevendo os efeitos desta droga como letárgicos, que causam desânimo e preguiça, apontando sua preferência pelas drogas estimulantes, como a cocaína e seus derivados. Como pode se notar nos trechos a seguir:

“não de maconha nunca gostei” (Entrevistado 2)

“a primeira vez foi a vinte anos atrás, comecei com álcool maconha não, depois veio a cocaína, usei uns vinte anos depois veio o crack.” (Entrevistado 2)

“essas drogas que eu uso nem da appetite, acaba mesmo, passa fome passa cansaço, passa tudo.” (Entrevistado 3)

Dois entrevistados declararam terem feito uso de maconha durante certo tempo, mas não descreveram esse período como crítico, apontando o crack como o “fundo do poço”. Dois entrevistados também afirmaram que já consumiram outras formas de

cocaína fumada, como o oxi, a merla ou a pasta base de cocaína. Ademais, os dados coletados nos mostram que existe todo um percurso de consumo e SPA´s até o ápice de se consumir o crack, mas também podemos afirmar que dentro da amostra, todos os pacientes entrevistados fizeram uso contínuo de cocaína associado ao álcool, antes de consumir o crack. O consumo associado de álcool e cocaína, ou crack, foi apontado por todos os entrevistados. Como podemos analisar nas seguintes falas:

“cocaína e álcool sempre juntos porque droga é assim uma puxa a outra e no fundo e mais tarde eu comecei no crack né, usei também merla oxi lança, todos os tipos de droga que você pensar lóóló, cola, é que as vezes você vai comprar uma droga não tem você usa outra, todo adicto é assim.”(Entrevistado 4)

“... que eu usava muito bebida cheguei a usar outros tipo de droga junto entende, que era cocaína éééé merla não sei se vc já ouviu falar?” (Entrevistado 3)

Em relação ao período que cada entrevistado consumiu o crack, a média foi de 2,8 anos, segundo os relatos, porém nem todos os entrevistados relataram uso diário de crack, mas sim semanal.

Quando questionados sobre o local onde faziam o consumo do crack, dois dos entrevistados relataram a busca por locais ermos e edificações abandonadas, na busca por um pouco de privacidade para o consumo da droga, na companhia de outros usuários, como se mostra nos seguintes relatos:

“(...) rapaz eu vou te falar que eu procurava os lugares que já tinha mesmo a galera fumando, só lugar esquisito mesmo, tipo aqueles barracos abandonado mesmo lá em Planaltina, mais distante, só que em casa eu nunca fui de usar não.” (Entrevistado 3)

“(...)disso ai eles me pegaram lá no pedregal dentro de uma casa... e lá era onde ficava todo mundo fumando.”(Entrevistado 1)

Percebe-se que pelo fato de o crack ser ilícito e socialmente marginalizado, os usuários desta substância buscam se esconder para se ter a privacidade no consumo da substância. Isto reflete um aspecto cultural interessante, pois podemos notar que algumas SPA´s, são lícitas e socialmente promovidas, outras ainda são ilícitas mas com uma maior tolerância da sociedade, como no caso da maconha, e outras como o crack, são ilícitas e marginalizadas pelo corpo social. Porém o que une todas estas substâncias é o fato de que as pessoas que as consomem buscam estados alterados na percepção.

Os outros dois entrevistados afirmaram fazer consumo da droga em casa, ou na casa de colegas de consumo, destacando o fato de que quando uma pessoa não tem a droga, mas tem a casa que se pode consumir a droga, este chama outros usuários para que possam consumir em sua casa, em troca de que estes convidados sustentem o consumo do dono da residência como se pode notar na fala do entrevistado:

“O crack geralmente as pessoas costumam consumir em lugares escondidos, em casa ou na casa de alguém, na casa de outro usuário né, as vezes o cara tá doidinho porquê ele tem o lugar pra consumir mas não tem a droga né, e quer que você bote pra ele, e isso acontece demais, já ameniza muito” (Entrevistado 4)

Ao serem questionados sobre se já foram detidos pela polícia em situações de consumo, compra ou venda de drogas ilícitas, os entrevistados responderam a indagação sem constrangimento, possibilitando uma reflexão interessante. Dos quatro entrevistados, dois chegaram a ser detidos pela polícia por estarem em situações de compra, venda ou consumo de drogas ilícitas, um dos entrevistados relatou que não chegou a ser preso, mais foi encaminhado a delegacia para prestar esclarecimentos sobre um fato ocorrido, onde este participante efetuou disparos de arma de fogo contra um indivíduo em um local de compra de droga. Um dos participantes que relatou já ter sido detido, conta que estava em uma edificação abandonada, consumindo crack com seus companheiros quando a polícia invadiu o local, sob o argumento de que procuravam o autor de um assalto nas redondezas. Nessa situação a polícia acusou este participante de ser o autor do assalto, e segundo relatos do próprio participante, apesar de negar a autoria do assalto, ele foi espancado pela polícia e encaminhado a delegacia, onde foi detido por porte de arma de fogo. Como podemos observar na fala do próprio informante:

“(...) rapaz a verdade mesmo eles falaram que tinham me pegado no tático, mas a verdade mesmo disso ai, eles me pegaram lá no pedregal dentro de uma casa. Aí os caras jogaram um revólver dentro do esgoto lá, e lá era onde ficava todo mundo fumando, ai jogaram o revólver dentro do esgoto, ai eu peguei, eles me levaram lá pra dentro lá e foi pau a GTOP, foi pau foi taca e quase me entortaram meus braços tudo. Agora que melhorei, eu segurava a vassoura e minha mão fazia isso ó tudo quebrada, ai me levaram pra Santa Maria e me botaram na delegacia lá e disseram pra o escrivão, até o escrivão é parente meu, eu conheço ele, o Marco, ele mora lá perto, e perguntou o Alex tá fazendo o que aqui? Daí eu disse fui preso lá no Pedregal, daí eles queriam jogar um assalto em cima de mim, que aconteceu na frente do tático, a mulher veio e disse bem assim pra mim esse assalto não existe não, é mentira, ele não roubou,

ai eles pegaram e botaram só o porte de arma, aí depois foi no depoimento com o juiz, e expliquei pra ele que foi numa casa tinha dez testemunhas dentro desta casa, era um local de uso de drogas ai eles pegaram e acharam o revólver dentro do esgoto, daí eu peguei e falei que era meu pra não entregar ninguém...”(Entrevistado 1)

O único participante que relatou nunca ter tido problemas com a polícia, por estar envolvido em situações de compra/venda/consumo de drogas ilícitas, afirma já ter passado por situações onde a polícia tinha os motivos para levá-lo detido. Porém, este participante atribui o fato de que nunca foi detido e encaminhado a delegacia, por ser funcionário público e possuir identificação funcional relacionada ao exército, além de estar sempre bem vestido. Outro fator que o próprio participante alega é que sempre comprava a droga em quantidades maiores para não ficar indo e voltando dos locais de venda de droga, diminuindo os riscos que se corre ao ir nestes locais. Desta forma, quando a polícia chegava este apresentava a identificação e dava a “carteirada”, para não ser preso, como podemos observar em seu próprio relato:

“(...)já passei por situação de estar na boca e a policia chegar, é porquê eu sempre trabalhei na área militar e dava “carteirada” pra passar batido...”(Entrevistado 4)

“...não eu dava sorte e dava “carteirada”, a policia chegava e eu sempre dava carteirada, andava sempre bem vestido e me livrava por causa do trabalho, quando eu estava no consumo comprava quantidades maiores para usar em casa, nunca fui de ficar indo toda hora na boca eu tinha o meio de subsistência pra comprar a droga. Eu comprava de quantidade pra ficar usando em casa vc ta toda hora indo lá o risco é maior, quando era de madrugada eu pegava 200 pra não ficar indo toda hora isso diminui o risco.”(Entrevistado 4)

O que nos transparece no relato deste participante é o fato de que, por ter melhor condição sócio-econômicas, se livrou de situações onde poderia ser preso. Ademais, podemos destacar o fato de que um usuário que pertence a camadas mais ricas da sociedade, pode se proteger das consequências negativas do consumo do crack, por sua condição de classe, como destaca DOMANICO E MCRAE (2006: 371):

“Isso não significa que não haja usuários em outras classes sociais mas, além de menos numerosos, estes conseguem utilizar suas condições de classe para garantir maior discrição as suas práticas ilícitas e um abrandamento das próprias sequelas negativas.”

Outro ponto mais delicado desta primeira parte das entrevista, foi quando se questionou aos entrevistados se estes já tinham sido vítimas de violência por conta de

seu envolvimento com o crack, e todos responderam de forma afirmativa. As histórias são diversas e cheias de detalhes, transparecendo a violência cotidiana dos centros urbanos, nos quais estão inseridos estes usuários. Como explícito nos seguintes relatos:

“(...) rapaz aconteceu de eu ir buscar mais o cara e entrar em tiroteio, eu estava armado e cheguei a atirar, graças a deus não cheguei a matar ninguém, mas foi muito ruim passei por perigo cheguei a atingir de raspão ainda o cara.”(Entrevistado 3)

“(...) já passei, eu lembro uma vez, foi de bandido mesmo, cara foi uma besteira fui chamar o cara na casa dele e ele não gostou, daí saiu e me bateu.”(Entrevistado 2)

“(...) eu estava dentro de um carro certa época, e com uma menina que estava comigo estava devendo o cara da boca e o cara queria tirar ela de dentro do carro pra atirar nela. Eu não queria deixar e ele botou o revólver dentro do carro e queria ficar com o carro, e eu disse que não ia ficar e ela mandando eu acelerar, e ele querendo atirar, e eu falei não vou pagar pra ela mas naquela hora falava só pra ele deixar agente ir embora, eu achava que a menina era santinha e ela era o bicho (...)”(Entrevistado 4)

Pode-se observar a partir das falas dos entrevistados que os circuitos de compra e venda de crack estão inseridos em uma lógica onde a violência predomina, em contextos de vulnerabilidade social onde o tráfico de drogas se associa a outros crimes diversos. A atividade do tráfico de drogas passa a ser uma forma de obtenção de dinheiro, um comércio promissor, onde o espaço dos vendedores é extremamente disputado. Nos contextos de compra/venda e consumo de crack, os usuários se encontram abalados pela dependência da droga, isto pode levar a conflitos interpessoais que tem a possibilidade de desencadear situações de violência extrema. As pessoas que estão inseridas neste espaço, adotam comportamentos inerentes a esta lógica, e tem a necessidade de se impor perante as situações, seria a ideia de “dançar conforme a música” como se vê no depoimento a seguir, que neste aspecto torna-se emblemático:

“(...) na vida das drogas você não pode dar uma de santinho, dentro das drogas não, no uso das drogas você tem que virar bicho, porque se você não virar bicho os outros te atropelam, tem que botar moral e passar por cima de todo mundo, porquê no mundo das drogas é assim não tem lugar pra pintinho não tem que ser leão mesmo (...)”(Entrevistado 4)

Este depoimento nos revela aspectos importantes sobre o contexto de consumo/compra e venda de crack, são situações permeadas pelos conflitos interpessoais entre os usuários, traficantes, e comumente a polícia. A este espaço

contraditório, adiciona-se o ingrediente do crack, droga de potencial estimulante, e que desencadeia alto grau de dependência, desinibindo o sujeito e desencadeando nele a disposição para atitudes que este não tomaria se não estivesse sob o efeito da droga, ou na fissura por consumi-la. Daí se conclui que a mortalidade dos usuários de crack, muitas vezes está mais associada a este circuito de violência nos contextos de consumo, e do comércio ilícito, do que as próprias propriedades físicas da droga, como nos apresenta KESSLER e PECHANSKY (2008: 97):

“A relação entre uso de crack e mortalidade não é direta. É inegável que o índice de mortalidade entre usuários de crack seja grande, mas é importante compreender que os óbitos são mais comumente associados a elementos de tráfico, disputa entre pontos de venda/uso ou enfrentamentos com a polícia do que propriamente pelo dano causado pela droga em si.”

Sobre este aspecto a profissional do serviço, que foi entrevistada, concorda que estes contextos de violência, por vezes oferecem mais riscos que aqueles trazidos pelo consumo da droga em si. Ela destaca o fato de que os pacientes se expõem a riscos altíssimos quando vão em busca da droga nas bocas de fumo, que são lugares que não oferecem nenhum tipo de proteção. Além de perderem o senso crítico ao ponto de trocar seus objetos pessoais, muitas vezes de alto valor, por pequenas quantidades da droga, em função de sua compulsão em fazer o consumo.

Nestas duas primeiras partes dos resultados de pesquisa, buscou-se aproximar da realidade dos entrevistados, e refletir sobre os aspectos comuns entre as diversas histórias contadas. Não se trata aqui de traçar e generalizar um perfil dos usuários de crack, mas sim de pensar sobre quem são os sujeitos que buscaram o tratamento baseado na perspectiva de redução de danos, para sanar um problema de saúde, que muitas vezes, é pensado sobre o prisma moralista, criminaliza os usuários.

5.3 Panorama geral do SEAD, sob a perspectiva dos pacientes usuários de crack em tratamento.

Durante as entrevistas os pacientes foram convidados a responder uma série de questões sobre o tratamento no SEAD, onde pudessem apresentar as dificuldades enfrentadas durante o tratamento, e as estratégias adotadas para contornar tais dificuldades. Dos quatro entrevistados, damos maior prioridade a duas entrevistas porque são pacientes que estão há mais tempo no serviço, podendo falar com mais propriedade sobre o processo de tratamento a que foram submetidos. Buscou-se relacionar as informações dos pacientes e da profissional do serviço entrevistada, na tentativa de se aproximar da realidade do SEAD por duas perspectivas, além de basear as análises das informações coletadas com a bibliografia especializada.

Indagados sobre o tempo de participação nas atividades do SEAD, um dos pacientes afirma que frequenta as atividades de tratamento ambulatorial no SEAD a cerca de sete anos, não contínuos, pois neste período houve afastamentos e retornos. O outro paciente entrevistado também se afastou do serviço, mas retornou e há dois anos está em tratamento ininterrupto. Os pacientes dependentes de crack, apresentam assim uma dificuldade de permanência no tratamento, devido a necessidade de controlar a abstinência, a fissura por consumir a droga, por conseguinte o tratamento não será uma estrada em linha reta, mas uma trajetória com entradas e saídas, onde cada um tem seu espaço e tempo individuais. (Rego, 2006)

A forma de entrada no serviço, dos pacientes entrevistados possuem características comuns que cabem ser ressaltadas. Os pacientes relatam ter ficado sabendo do serviço por intermédio de amigos ou familiares, sendo que ambos destacaram o incentivo dos familiares para a entrada e permanência no serviço. O motivo apresentado por estes pacientes para que iniciassem o tratamento, assim como o objetivo que visavam alcançar, é basicamente a recuperação de uma situação insustentável pela qual passaram, durante o período que fizeram consumo de crack.

Quando o paciente inicia o tratamento no SEAD, participa do acolhimento, primeira fase desta jornada, onde é recebido por um profissional, normalmente um Assistente Social, que irá trabalhar com esta pessoa as reflexões sobre sua vida e traçar com ele objetivos iniciais para o desenvolvimento do tratamento. Esta fase é de suma importância, pois é um período em que se cria o vínculo do paciente com a instituição. São coletadas as informações preliminares e prestadas todas as informações necessárias ao início do tratamento. É pensado em conjunto com o paciente, quais fatores de proteção podem contribuir para o tratamento, é trabalhada a motivação para a mudança, e as estratégias de reorganização da vida do paciente começam a ser desenvolvidas. Sobre este primeiro passo do processo de tratamento, nos esclarece REGO (2006: 209):

“...a porta de entrada do tratamento é o acolhimento que, como primeiro contato com o usuário, pretende identificar os elementos, e a falta deles, os pontos de ancoragem entre o indivíduo e a droga, buscando assim, um diagnóstico situacional que possibilite traçar uma primeira direção do que virá, em seguida, a se estabelecer como plano terapêutico. Desta forma, retira a universalidade do fenômeno, tratando cada caso na sua singularidade.”

O acolhimento é um momento de reflexão profunda sobre a vida de quem está iniciando um tratamento para dependentes químicos, uma fase conturbada onde pacientes e familiares chegam tomados pela droga, ambos querem sair desta situação insustentável, sem ao menos se perguntarem por quê chegaram nesta situação, está dado, como se fosse obra do destino (RÊGO, 2006).

Quando questionados sobre os objetivos que tinham ao iniciar o tratamento no SEAD, os pacientes relataram a busca pela abstinência completa, e o retorno de suas rotinas habituais. Isto reflete assim uma proximidade entre as falas dos pacientes e da psicóloga do serviço. A profissional aponta que para o crack, não existe a possibilidade do paciente estabelecer um padrão de consumo recreativo que possa ser mantido, pois esta substância e a forma com que é utilizada tem como características um alto potencial de dependência, e suas consequências para a saúde são graves. Os pacientes, assim apontam seus objetivos ao iniciar o tratamento:

“(...) Quando cheguei aqui meu objetivo era largar as drogas. Meus familiares queriam que eu largasse as drogas, eu vim aqui por que a família, poxa fica indignada se ninguém mais te suporta ninguém mais quer te ver perto. Quando chega aqui você chega sem moral cabisbaixo sem objetivos de vida, a única coisa que quer é ficar livre das drogas, e a ajuda que eu recebi foi essencial

porque se eu não tivesse recebido essa ajuda aqui, e o pessoal não tivesse me aceitado talvez eu estava na mesma. E eu tinha força de vontade, aí falei: cara vou ter que largar. Porque eu já tinha vindo aqui e tive recaída, e daí eu sabia que funcionava, aí quando eu larguei parei de frequentar e tomar medicação aí tive recaída braba quando você recai, você não quer começar de novo o tratamento.”(Entrevistado 4)

“Meu objetivo era me recuperar dessas coisas, desses baques que levei na vida, e começar uma nova vida sem drogas.” (Entrevistado 3)

O objetivo de ambos os entrevistados é atingir a abstinência completa de SPA's, isto se relaciona ao fato de que os dois pacientes fazem uso de crack associado à outras substâncias, especialmente o álcool, que por ser livremente comercializada está a todo momento disponível e ao alcance de qualquer um. Os pacientes afirmam que se consomem álcool, tem maiores chances de consumir o crack, desta forma a eles não interessa uma abstinência parcial, apenas do crack, visto que uma coisa leva a outra. Como se nota no seguinte trecho da afirmação do paciente:

(...)o crack é aquela coisa né, se eu beber dá vontade de ir atrás né, mas sem eu estar bebendo não sinto vontade de ir consumir não. Tenho essa vantagem né...”(Entrevistado 3)

Os pacientes entrevistados foram indagados sobre as mudanças ocorridas em suas vidas após o ingresso no tratamento, em relação a aspectos como convivência familiar, relacionamento no trabalho e padrão de consumo de SPA's. Afirmaram ter alcançado os objetivos que tinham traçado no início do tratamento, apontando mudanças significativas no comportamento, afirmam que a convivência familiar melhorou bastante, dando destaque para o relacionamento com as respectivas companheiras e filhos.

Visto que a dependência de crack leva o sujeito a entrar em conflito com sua família, muitos usuários perdem os vínculos familiares e passam a ficar muito tempo na rua, apresentando descuido com a aparência e higiene pessoal. Estes prejuízos de ordem social, na vida dos usuários de crack, afetam todas as dimensões, quando este sujeito atinge um estado mais avançado de dependência acaba abandonando suas ocupações e garantias de inserção social (DOMANICO; MCRAE. 2006).

Segundo a psicóloga entrevistada, o crack é reconhecidamente uma droga perigosa por seus efeitos deletérios sobre a saúde do usuário. Todas as SPA's trazem

consequências para a saúde do usuário em longo prazo, porém o uso de crack instala uma dependência muito rápida, e conseqüentemente, mostra seus efeitos adversos sobre quem o usa de forma intensa, muito prematuramente. Isto exige que o tratamento traga uma mudança de perspectiva para o usuário de forma que este reflita sobre os danos à sua saúde.

Em relação à saúde, os pacientes deram destaque aos hábitos saudáveis de vida, relatando que com o desenvolvimento do tratamento, passaram a dar mais importância a atividades físicas e de lazer, além de uma alimentação mais apropriada, em contraste com a situação que viviam antes, quando consumiam o crack. Destacam também o fato de que, sob orientação dos profissionais do serviço, passaram a fazer exames preventivos com o intuito de cuidar mais de sua saúde. Estas informações nos levam a notar uma expressiva melhora na qualidade de vida dos pacientes que aderiram ao plano de tratamento proposto. Estes aspectos são contemplados nas falas a seguir:

“(...)ta tudo bem, mudou tudo melhorou tudo, agora eu estou começando a fazer um check up, porque eu estou a um tempo sem fazer o check up, e quando você larga disso você quer ver sua saúde melhorar. Então agora vou fazer esses exames pra ver como esta mas agora eu sinto que estou bem melhor, antes eu não me alimentava direito pra se ter ideia engordei 7 kg, cheguei a 57 kg no uso do crack hj eu to com 72.”(Entrevistado 4)

“(...) hoje eu faço caminhada porque a partir do momento que você larga o crack, porque no começo o que eu usava mesmo era cocaína, mas eu comecei usando cocaína, o álcool a maconha depois a cocaína e assim vai pulando de droga em droga ate que cheguei no crack. Então hoje não eu tenho um estilo de vida melhor, eu faço caminhadas ando de bicicleta de vez em quando a qualidade de vida melhorou bastante”(Entrevistado 4)

“(...)é com certeza melhora em todos os aspectos né... Em casa com a família e com os filhos ta mais tranquilo...”(Entrevistado 3)

“(...) sim fiz vários exames e deu muita coisa negativo, agora quero fazer de novo, de ano em ano eu faço.” (Entrevistado 3)

Este destaque feito pelos pacientes demonstra que os serviços de atendimento a usuários de SPA´s precisam oferecer um suporte completo, que só pode ser executado por uma equipe multidisciplinar, composta por especialidades diversas, com assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, clínica geral, e outras especialidades que possam contribuir neste processo, como o caso dos nutricionistas, terapeutas ocupacionais, entre outros.

Em relação às maiores dificuldades enfrentadas durante o processo de tratamento, um dos pacientes relatou que se deu no início, para se retirar do antigo círculo de amizades que facilitavam seu consumo de crack. Outro paciente expressa sua dificuldade encontrada também no começo do tratamento. Este indivíduo viveu um profundo dilema de iniciar ou não o tratamento, pois ele mesmo não conseguia visualizar a situação crítica pela qual estava passando. Quando conseguiu completar a primeira fase do acolhimento e estabeleceu um vínculo com o tratamento, este paciente passou a refletir, e entender os riscos aos quais estava exposto quando consumia o crack.

Segundo a profissional entrevistada, a maior dificuldade para os pacientes usuários de crack em tratamento é mesmo o desejo de consumir a droga, a fissura. Em decorrência disto, ela aponta uma característica geral dos usuários de crack, que é a recaída abrupta. Os pacientes se mobilizam perante o tratamento e expressam vontade de abandonar o consumo de crack, frequentam as sessões de psicoterapia e diante de determinadas situações o paciente sucumbe a fissura de consumir o crack. Neste aspecto o suporte oferecido pela psiquiatria, indicando medicação, quando necessário, para o controle de ansiedade, e para os problemas relacionados a abstinência do crack, é fundamental.

Perguntados sobre o conhecimento sobre Redução de Danos (RD), os pacientes responderam que, apesar de não saber ao certo o que significa, tinham uma leve noção. E relacionaram isto ao seu tratamento no SEAD, de forma que ali estavam para reduzir ao máximo – até a completa abstinência – os malefícios causados pelo consumo compulsivo de SPA's. Assim, brevemente, um deles descreve seu entendimento sobre a perspectiva de Redução de Danos:

“(...)eu tenho uma ideia acredito que seja a redução dos danos de tudo que eu estou passando como estava e como estou hoje” (Entrevistado 4)

“assim eu to aqui pra reduzir essas coisa ai né de droga”(Entrevistado 3)

De acordo com a profissional, os pacientes que chegam ao SEAD em busca de atendimento, encontram uma proposta de trabalho que se pauta no respeito as escolhas individuais das pessoas. Durante o acolhimento, já são estipuladas, em conjunto com o

paciente, metas de diminuição do consumo de SPA's, não é exigido que o paciente interrompa imediatamente o consumo de determinada substância, de forma que até recaídas são compreensíveis durante o processo.

Este é um pressuposto da perspectiva de Redução de Danos, que coloca o paciente como protagonista do tratamento, não como mero receptor de estratégias pré-definidas por especialistas, de forma verticalizada. Logo, a Redução de Danos, tem uma dimensão educativa, pois possibilita que os sujeitos “adotem comportamentos mais seguros” identificando o que traz riscos e danos a sua vida, e oferecendo a possibilidade de uma mudança, baseada em suas próprias atitudes (DELBON, 2006).

A psicóloga entrevistada destaca o fato de que a Redução de Danos (RD) para casos de dependência aguda do crack, é um meio para se chegar ao patamar da abstinência. Pois segundo ela, não existe a possibilidade de um consumo recreativo do crack, devido às propriedades da droga. Contudo, aponta que ações que visam reduzir os danos relacionados ao consumo de crack, baseadas na distribuição de cachimbos e protetores labiais são urgentes, pois evitam maiores prejuízos como a transmissão de doenças via compartilhamento de apetrechos para o consumo.

As limitações que se impõem ao trabalho executado no SEAD, são diversas, entretanto a psicóloga entrevistada destaca que a falta de vagas em especialidades, como a neurologia por exemplo, não permitem que o paciente tenha o suporte completo. A falta de vagas para consultas com especialistas é um problema recorrente em diversas unidades de saúde, a própria entrevistada aponta que o excesso de demanda faz com que fique cada vez mais difícil conseguir atendimento. Outro fator que se impõe como dificuldade, é a quase inexistência de espaço para a internação imediata para a desintoxicação de usuários de SPA's, principalmente quando são usuários de crack que precisam de um período de desintoxicação antes de iniciar o tratamento ambulatorial, sendo destacada a necessidade de se criar espaço deste tipo no Distrito Federal.

Os dados apresentados pela pesquisa demonstram os resultados positivos alcançados pelo SEAD, que contribuiu efetivamente para a redução do consumo de SPA's. Destacamos aqui que a redução de danos é a estratégia adotada pela equipe interdisciplinar, como meio que possibilitam os resultados exitosos obtidos pelo serviço.

Acredita-se que a presente pesquisa permitiu uma aproximação com a realidade e visão dos usuários e profissionais entrevistados sobre o serviço, oferecido pelo sistema de saúde público, direito garantido constitucionalmente. Para o bom desenvolvimento dos serviços públicos de saúde, as ferramentas de pesquisa e investigação promovem uma oportunidade de se pensar como este direito é acessado pelos usuários. E aqui se faz uma tentativa de contribuir neste sentido.

6. Considerações Finais

Este estudo destaca que a questão do uso, e do abuso de drogas deve ser trabalhada no âmbito da política de saúde. A diminuição do consumo de drogas tem como objetivo uma melhoria na saúde das pessoas, sendo assim, o sistema de saúde público deve oferecer tratamento, ações de prevenção e informação para os usuários. As ações do governo sobre a questão das drogas devem também ser efetivadas em conjunto com outras políticas sociais, afirmando assim a garantia de vida digna as pessoas, efetivando direitos como educação, saúde, moradia, alimentação e trabalho (BUCHER, 1992).

O consumo de crack no Brasil, falsamente alardeado como epidemia pelos mais sensacionalistas, deve ser compreendido dentro de um contexto maior, em que pese os fatores sociais e econômicos que favorecem o aumento deste consumo. Tratar a questão fora deste circuito, pode levar a impressões superficiais, sendo necessário o trabalho de pesquisa para fomentar argumentos sólidos, racionais e científicos, que guiem as ações governamentais. O crack é uma SPA's, portanto pensar políticas para diminuição do consumo de crack, sem levar em conta sua relação com outras substâncias lícitas, ou ilícitas, pode ser ineficaz.

Cabe ressaltar neste espaço as consequências nocivas à saúde e a integridade, advindas do consumo de crack, e outras formas de cocaína fumada. Sendo estas

consequências relacionadas aos contextos do consumo e comercialização da droga, ou das propriedades desta substância. Destacando a intensidade dos efeitos, e a rapidez com que se abatem sobre o usuário.

Considera-se também que na garantia do serviço de saúde pública, o tratamento para usuários de crack, e outras drogas, se faz necessário. Tornando-se urgente a multiplicação dos serviços especializados nesta questão, compostos por equipe multidisciplinar com o objetivo de se prestar suporte completo aos usuários.

Seria interessante aqui você colocar um parágrafo reiterando os achados da pesquisa. dizendo que a presente pesquisa mostrou, a partir da experiência do SEAD, a importância e efetividade da implementação de programas específicos voltados ao tratamento e redução do consumo de SPA's, . Destacar a importância de que na formulação dos programas e serviços sejam considerados a perspectiva de atuação interdisciplinar, englobando diferentes formações, ai você cria o gancho para o próximo paragrafo.

Destaca-se, a importância do assistente social no âmbito destes serviços públicos de saúde, pois este profissional é capacitado para pensar questões específicas, dentro de um contexto mais amplo. Sobretudo, a fase de acolhimento dentro do SEAD, nos fornece uma visão sobre o fazer deste profissional, que é responsável por efetivar o direito a informação dentro do serviço de saúde, além de receber as demandas relacionadas à efetivação de outros direitos, com o intuito de acessar os dispositivos institucionais para solucioná-las.

Reafirma-se também a necessidade de se criar programas de formação e especialização na área de assistência a usuários de drogas, baseados na redução danos, e que possuam maior proximidade com os grupos alvo. Neste sentido, é importante que estes programas saiam do espaço institucional e atinjam os usuários em seus locais, sempre respeitando os limites, de cada pessoa.

Cabe ressaltar neste espaço, o desgaste do paradigma proibicionista para a orientação das ações de governo em relação às drogas, e a promoção da Redução de Danos como alternativa para estas ações. A Redução de Danos, no entanto, não aparece

como solução definitiva para os problemas relacionados ao consumo de drogas, mas inaugura uma forma de enfrentar a questão baseada no respeito ao indivíduo e a suas escolhas, em sentido mais humanizado.

Este trabalho teve como objetivo pensar sobre a questão do consumo de drogas ligada a uma perspectiva histórica, levando em conta os processos que transformaram os hábitos das pessoas e sua relação com mundo. A intenção do presente estudo também segue o caminho de problematizar o preconceito que se abate sobre os usuários de drogas, reafirmando a necessidade de diálogo aberto com essas pessoas, para melhor desenvolvimento de programas de assistência. Por fim, acredita-se que o trabalho atingiu os objetivos de pesquisa propostos, e que contribui para melhor compreensão de um assunto tão polêmico e desafiador.

7. Referências Bibliográficas.

AGUIAR, Zenaide Neto. Sistema Único de Saúde. Antecedentes, percurso, perspectivas e desafio. São Paulo: Martinari, 2011.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Saúde mental, desinstitucionalização e novas estratégias de Cuidado. IN: GIOVANELLA, Ligia et. Al. (orgs) Políticas e Sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

ARAÚJO, Marcelo Ribeiro; RIBEIRO, Maurides de Melo. Política Mundial de Drogas Ílicitas: Uma reflexão Histórica, In: Panorama Atual de Drogas e Dependências. Org: Dartiu Xavier da Silveira, Fernanda Gonçalves Moreira. 1ª Edição. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

ARAÚJO, Marcelo Ribeiro. MOREIRA, Fernanda Gonçalves. Histórias das Drogas. In: Panorama Atual de Drogas e Dependências. Org: Dartiu Xavier da Silveira, Fernanda Gonçalves Moreira. 1ª Edição. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

AZEVEDO, Reinaldo. O crack, o Datafolha e o mito de que a pobreza induz a violência. Embora a esmagadora maioria dos pobres seja honesta e careta. In:<http://veja.abril.com.br/blog/reinaldo/geral/o-crack-o-datafolha-e-o-mito-de-que-a-pobreza-induz-a-violencia-e-o-vicio-embora-a-esmagadora-maioria-dos-pobres-seja-honesta-e-careta/> 16/01/2012 às 5:35

BAHLS, Flávia Campos. BAHLS, Saint-Clair. Cocaína: origens, passado e presente. Universidade Federal do Paraná, 2002.

Brasil, Ministério da Saúde, FIOCRUZ. Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil. Inquérito epidemiológico. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Justiça. Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas Capitais do País. Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas. 2013.

BRASIL, LEI Nº 11.343, DE 23 DE AGOSTO DE 2006.

BUCHER, Richard. Drogas e Drogadição no Brasil. Porto Alegre : Artes Médicas, 1992.

BUNING, Ernst. Vinte e Cinco Anos de Redução de Danos: A experiência de Amsterdã. In: Panorama Atual de Drogas e Dependências. Org: Dartiu Xavier da Silveira, Fernanda Gonçalves Moreira. 1ª Edição. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

CABUS Moreira, Esdras. Uso do Crack nas metrópoles modernas: observações preliminares sobre o fenômeno em Salvador, Bahia. In: Toxicomanias. Incidências clínicas e sócioantropológicas. Org. . Antônio Nery Filho, Edward MacRae, Luiz Alberto Tavares, Marlize RÍgo. Editora da Universidade Federal da Bahia, 2009.

CARNEIRO, Henrique. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XXI. Publicado na revista Outubro, IES, São Paulo, vol. 6, 2002, pp.115-128.

DELBON, Fabiana. Redução de danos aplicada ao tratamento da Dependência de Drogas: Achados de Uma Intervenção em grupo...In: Panorama Atual de Drogas e Dependências. Org: Dartiu Xavier da Silveira, Fernanda Gonçalves Moreira. 1ª Edição. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

DIAS, João Carlos. PINTO, Izabel Martins. Substâncias Psicoativas: Classificações, Mecanismos de Ação e Efeitos sobre o Organismo. In: Panorama Atual de Drogas e Dependências. Org: Dartiu Xavier da Silveira, Fernanda Gonçalves Moreira. 1ª Edição. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

DOMANICO; MCRAE, 2006. Estratégias de Redução de Danos entre Usuários de Crack. In: Panorama Atual de Drogas e Dependências. Org: Dartiu Xavier da Silveira, Fernanda Gonçalves Moreira. 1ª Edição. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

DX, DA SIILVEIRA. GONÇALVES MOREIRA, FERNANDA. Reflexões Preliminares sobre a questão das Substâncias psicoativas. In: Panorama Atual de Drogas e Dependências. Org: Dartiu Xavier da Silveira, Fernanda Gonçalves Moreira. 1ª Edição. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime – UNODC. Gestão e Governança da Segurança Pública no Distrito Federal e Entorno. Coord. Nívio Caixeta. 2011.

FIORE, Maurício. Uso de “Drogas” como questão social – instituição e desdobramentos. In: Uso de “Drogas” controvérsias médicas e debate público. Ed: Mercado das letras(Fapesp).2006.

FILHO, Rodrigo de Souza.A dialética da administração Pública brasileira sobre hegemonia burguesa: burocracia e patrimonialismo da era Vargas a ditadura militar. In: Gestão Pública e Democracia: a burocracia em questão. Rio de Janeiro: Lumem Juris, 2011.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do Poder / Microfísica do Poder; org. e trad. Roberto Machado. _Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

GALEANO, Eduardo. As veias abertas da América Latina. Paz e Terra, 1976

GORGULHO, Mônica. A influência da Mídia na Realidade Brasileira do Fenômeno das Substâncias Psicoativas. In: Panorama Atual de Drogas e Dependência. Org: Dartiu Xavier da Silveira, Fernanda Gonçalves Moreira. - 1. Ed – São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

GUIMARÃES, Alberto Passos. Quatro séculos de Latifúndio. São Paulo, Paz e Terra 1968.

HARVEY, David. A Condição Pós-Moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. São Paulo: Edições Loyola, 1992

HAIK, Rita de Cássia. TRIGUEIROS, Daniela Piconez. Estratégias de Redução de Danos entre usuários de drogas injetáveis. In: Panorama Atual de Drogas e Dependência. Org: Dartiu Xavier da Silveira, Fernanda Gonçalves Moreira. - 1. Ed – São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

KESSLER, Felix. PECHANSKY, Flávio. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. In: Revista de psiquiatria. Rio Grande do Sul. 2008.

MARINI, RUI MAURO. DIALÉTICA DA DEPENDÊNCIA. Editora ERA. México 1990, 10ª edição. (1ª edição 1973). Tradução: Marcelo Carcanholo, Universidade Federal de Uberlândia – MG

MACRAE, Edward. O uso ritual de substâncias psicoativas na religião do santo daime como um exemplo de redução de danos. In: Toxicomanias: Incidências Clínicas e Socioantropológicas / Antonio Nery Filho, org...[et al.]. –Salvador: EDUFBA: CETAD, 2009.

MELCOP, Ana Glória Toledo. OLIVEIRA, Evaldo Melo de. Bem Melhor do que Todas as Ressacas... Relato de uma Experiência sobre as Estratégias de redução de Danos para o Consumo de Álcool e outras Drogas no Trânsito. In: Panorama Atual de Drogas e Dependência. Org: Dartiu Xavier da Silveira, Fernanda Gonçalves Moreira. - 1. Ed – São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

NETTO, José Paulo. Capitalismo Monopolista e serviço social. 7ªed – São Paulo, Cortez, 2009.

NIEL, Marcelo. DA SILVEIRA, DX . Drogas e Redução de Danos: Uma cartilha para profissionais de Saúde. Org:. Programa de Orientação atendimento a dependentes (PROAD). Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Ministério da Saúde 2008.

PONTES, Reinaldo Nobre. Mediação e Serviço Social : um estudo preliminar sobre a categoria teórica e sua apropriação pelo serviço social. 2ª Edição São Paulo : Cortez, 1997.

POLLO – Araújo, Maria Alice. Moreira, Fernanda Gonçalves. Aspectos Históricos da Redução de Danos. In: Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de Saúde. Org: Marcelo Niel, Dartiu Xavier da Silveira. Unifesp, São Paulo, 2008.

RÊGO, Marilze. Toxicomania Movimentos de uma clínica. In: Toxicomanias: Incidências Clínicas e Socioantropológicas / Antonio Nery Filho, org...[et al.]. – Salvador: EDUFBA: CETAD, 2009.

TRAD, Sérgio. Controle do uso de drogas e prevenção no Brasil: revisitando sua trajetória para entender os desafios atuais. In: Toxicomanias: Incidências Clínicas e Socioantropológicas / Antonio Nery Filho, org...[et al.]. –Salvador: EDUFBA: CETAD, 2009.

VIDAL, Sérgio. A regulamentação do cultivo de maconha para consumo próprio: uma proposta de Redução de danos. Em: Toxicomanias. Incidências clínicas e sócioantropológicas. Org. Antônio Nery Filho, Edward MacRae, Luiz Alberto Tavares, Marlize RÍgo. Editora da Universidade Federal da Bahia, 2009.

ANEXO A: Roteiro de Entrevista com Usuário.

1. Primeira Parte (características gerais):

1.1 Informações Gerais: sexo, idade, cor de pele, naturalidade, ocupação (última atividade), local de moradia.

1.2 Histórico do consumo de SPA's, desde o primeiro contato até o consumo de crack?

1.3 Faz uso de crack há quanto tempo?

1.4 Já passou por situações onde foi vítima de violência por conta do envolvimento com o crack?

1.5 Já foi detido por situações que envolvem o consumo/ venda de crack?

1.6 Qual o local/contexto de consumo de crack?

1.7 Como ficou sabendo do serviço (forma de acesso)?

1.8 Sua família possui outros usuários de SPA's?

2. Segunda Parte(Sobre o Tratamento):

- 2.1 Há quanto tempo participa das atividades do SEAD?
- 2.2 Foi encaminhado ou veio por conta própria?
- 2.3 O que acha do espaço físico do SEAD?
- 2.4 Percebeu mudanças em sua vida e no consumo de SPA's após participar das atividades no SEAD? Que mudanças ocorreram? (quantidade do consumo, convivência familiar relacionamento no trabalho, entre outros aspectos que queira abordar).
- 2.5 E em relação à sua saúde? Algo mudou? Relatar mudanças.
- 2.6 Você acredita que tem qualidade de vida? O que precisa mudar para você atingir esta condição? O tratamento contribui para se alcançar esta condição?
- 2.7 O que acha do serviço prestado no SEAD?
- 2.8 Que objetivos deseja alcançar com o tratamento?
- 2.9 Faz outros tratamentos relacionados a questão das SPA's?
- 2.10 Você sabe o que é Redução de Danos (RD)? O que acha desta estratégia de tratamento? Tem te ajudado?
- 2.11 Quais as maiores dificuldades encontradas durante o tratamento?

Algum aspecto adicional que queira ser abordado pelo paciente.

Anexo B: Roteiro de Entrevista com Profissional.

1. Quanto tempo você atua nesta área de tratamento de usuários de álcool e outras drogas?
2. Quais ações desenvolvidas por você no serviço?
3. Quais características comuns você pode citar sobre os usuários de crack atendidos no Serviço?
4. O que você entende sobre a perspectiva da Redução de Danos (RD) relacionada ao tratamento de usuários de álcool e outras drogas?
5. Como se aplica a estratégia de Redução de Danos (RD) para usuários de crack em tratamento no serviço?
6. Quais os principais obstáculos a serem ultrapassados pelos usuários de crack que estão em tratamento no Serviço?
7. Como você avalia os resultados do tratamento, na qualidade de vida dos usuários de crack que estão em tratamento no serviço?
8. Você acha que os contextos de consumo/compra e venda de crack oferecem risco para a integridade dos pacientes? Em que sentido?
9. Você pode descrever alguma situação onde o paciente atendido por você tenha passado por uma situação de violência relacionada ao contexto de consumo/compra e venda de crack?
10. Na sua opinião, quais são os danos mais significativos para a pessoas que consome o crack?
11. A maioria de seus pacientes faz consumo de crack associado à outras drogas?
12. Algum aspecto adicional que queira ser abordado?

