

Drogas: Clínica e Cultura

As drogas na  
contemporaneidade:  
perspectivas clínicas  
e culturais

Antonio Nery Filho  
Edward MacRae  
Luiz Alberto Tavares  
Marlize Rêgo  
Maria Eugênia Nuñez  
organizadores



Drogas: Clínica e Cultura

AS DROGAS NA CONTEMPORANEIDADE:  
PERSPECTIVAS CLÍNICAS E CULTURAIS



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

*Reitora*

Dora Leal Rosa

*Vice Reitor*

Luiz Rogério Bastos Leal



EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

*Diretora*

Flávia Goulart Mota Garcia Rosa

CONSELHO EDITORIAL

Alberto Brum Novaes

Ângelo Szaniecki Perret Serpa

Caiuby Alves da Costa

Charbel Ninõ El-Hani

Cleise Furtado Mendes

Dante Eustachio Lucchesi Ramacciotti

Evelina de Carvalho Sá Hoisel

José Teixeira Cavalcante Filho

Maria Vidal de Negreiros Camargo

Antonio Nery Filho  
Edward MacRae  
Luiz Alberto Tavares  
Maria Eugênia Nuñez  
Marlize Rêgo  
Organizadores

AS DROGAS NA CONTEMPORANEIDADE:  
PERSPECTIVAS CLÍNICAS E CULTURAIS

EDUFBA  
Drogas: Clínica e Cultura  
CETAD/UFBA  
Salvador, 2012

©2012 by Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas - CETAD/UFBA  
Direitos para essa edição, cedidos à Editora da Universidade Federal da Bahia.  
Feito o depósito legal.

**Projeto Gráfico da Coleção e Capa**  
Yure Aziz e Karime Salomão

**Editoração Eletrônica e Arte Final da Capa**  
Rodrigo Oyarzábal Schlabitiz

**Revisão**  
Vanda Bastos

**Normalização**  
Ana Rita Cordeiro

Sistema de Bibliotecas - UFBA

---

D 848 As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais / Antonio Nery Filho, organizadores. [ et al.]- Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012.  
438 p.\_ (Coleção drogas: clínica e cultura)

ISBN: 978-85-232-0859-2

1.Drogas. 2.Tratamento. 3.Contemporaneidade. I. Nery Filho, Antonio. II. Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas

CDD – 616.863

CDU – 615.099

---

Editora filiada a

**AEIOLA**  
ASOCIACION DE EDITORIALES  
UNIVERSITARIAS DE AMERICA  
LATINA Y EL CARIBE

**ABEU**  
Associação Brasileira de  
Editoras Universitárias

**CBaL**  
Câmara Bahiana do Livro

**Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas - CETAD/UFBA**  
Extensão Permanente da Faculdade de Medicina da UFBA  
Rua Pedro Lessa, 123 – Canela, CEP: 40110-050 – Salvador - BA  
Tel: (71) 3283-7180 Fax: (71) 3336-0466  
Site: [www.cetadobserva.ufba.br](http://www.cetadobserva.ufba.br)

**Editora da Universidade Federal da Bahia - EDUFBA/UFBA**  
Rua Barão de Geremoabo s/n, Campus de Ondina, CEP: 40 170-115 – Salvador-BA  
Tel/fax: (71)3283-6164, [www.edufba.ufba.br](http://www.edufba.ufba.br). E-mail: [edufba@ufba.br](mailto:edufba@ufba.br)

# Sumário

Apresentação ..... 9

Introdução: Por que os humanos usam drogas?

*Antonio Nery Filho* ..... 11

## PARTE I DA CULTURA

Ritual de alcoolização e dinâmica cultural entre os tremembé

*Marcos Luciano Lopes Messeder* ..... 23

Fogo na babilônia: ganja, reggae e rastas em Salvador

*Wagner Coutinho Alves* ..... 39

História do cultivo indoor da cannabis sativa

*Sergio Vidal* ..... 59

Tornando-se um usuário de crack

*Luana Malheiros* ..... 79

Coletivo balance de redução de riscos e danos: ações globais em festas e festivais de música eletrônica no Brasil (2006-2010)

*Marcelo Andrade Guimarães*

*Edward MacRae*

*Wagner Coutinho Alves* ..... 101

Consumir e ser consumido, eis a questão! Um recorte socioantropológico em torno do consumo de drogas por parte de estudantes universitários

*Tom Valença* ..... 123

## PARTE II DA CLÍNICA

<b>Toxicomania: um imperativo de gozo</b> <i>Luiz Alberto Tavares</i> .....	151
<b>Espaço família: intervenção em uma instituição para usuários de drogas</b> <i>Marlize Rêgo</i> .....	165
<b>Tempo de adolescente: relato de uma estratégia institucional com jovens usuários de drogas</b> <i>Luiz Alberto Tavares</i> <i>Rita Valente</i> <i>Rosa Maria Santos</i> .....	177
<b>Consultório de rua: uma clínica externa para usuários de drogas</b> <i>Miriam Gracie Plena</i> .....	195
<b>Redução de riscos e danos na saúde mental: a experiência do Caps AD</b> <i>Andréa Leite Ribeiro Valério</i> .....	209
<b>Toxicomania e o desafio da saúde: uniformidade ou diferença?</b> <i>Alba Riva Brito de Almeida</i> .....	223
<b>A clínica das toxicomanias no paradigma da ilegalidade: como a ilicitude influencia na prática</b> <i>Maria Luiza Mota Miranda</i> .....	233
<b>Asimov, robôs e a psiquiatria das drogas</b> <i>Esdras Cabus Moreira</i> .....	247



**PARTE III**  
**PSICOATIVOS: USOS E USUÁRIOS**

**Introdução**

*Maria Eugenia Nuñez*

*Marlize Rêgo* ..... 255

**"Dinheiro na mão é vendaval": fissura, dinheiro e toxicomania**

*Luiz Felipe C. Monteiro* ..... 259

**Drogas - ideologias e discursos: reflexões a partir da mídia eletrônica**

*Amália Saback* ..... 289

**Tabagismo feminino na literatura nacional**

*Cristiane Antunes Barreira*

*Jeane Freitas de Oliveira* ..... 311

**Estratégias de prevenção ao uso e abuso de substâncias psicoativas na adolescência**

*Ana Paula Torres Pinheiro* ..... 329

**Modelo de atenção à saúde de crianças e adolescentes usuárias de substâncias psicoativas no município de Salvador - Ba**

*João Sampaio Martins*

*Patricia Maia Von Flach* ..... 345

**Caminhos sobre a especificidade da redução de danos frente aos modelos de abordagem ao uso de psicoativos no Brasil**

*Rogério Rodrigues Gomes* ..... 367

**O crack na perspectiva da religiosidade e da redução de danos**

*Leiliane Carneiro*

*Marlize Rêgo* ..... 385

A luta por direitos: os caminhos para a implementação de políticas de álcool e outras drogas na Bahia

*Aline de Oliveira Costa* ..... 405

PARA CONCLUIR, E MAIS AINDA...

Se faz de que?

*Jane Cohim* ..... 429

## APRESENTAÇÃO

O Núcleo de Documentação e Produção Editorial do CETAD/UFBA tem a satisfação de apresentar o quinto livro da Coleção “Drogas: Clínica e Cultura”, uma parceria do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD/UFBA) com a Editora da Universidade Federal da Bahia (EDUFBA). Essa publicação intitulada ***As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais***, revela a complexidade que envolve o tema do uso e abuso de drogas através da percepção de diversos campos do saber que tratam desse fenômeno na atualidade.

A abordagem do consumo de drogas não pode ser unívoca. Nesse livro, o tema é tratado em uma perspectiva plural, com múltiplos olhares, práticas diversas e investigações que apontam para o permanente debate em torno da questão.

A obra é introduzida com o texto do Prof. Antônio Nery Filho que, de pronto, nos interroga: “Por que os humanos usam drogas?”. A droga surge assim como resposta ao mal-estar que se revela na impossibilidade da plenitude e no confronto com a dor de existir, resposta ao que há de mais humano em todos nós, o desamparo e a percepção da própria morte.

Na sequência do livro, os textos são apresentados em três partes definidas respectivamente: “Da cultura”, “Da clínica” e “Psicoativos: usos e usuários”.

A primeira parte trata da heterogeneidade social e cultural em que os usos de substâncias psicoativas ocorrem, traduzindo experiências e práticas sociais nestes contextos.

Na segunda parte, encontramos relatos que versam sobre a experiência clínica dos profissionais que atuam no CETAD e que apontam para os variados modos de intervenção com os usuários de drogas. Os textos abordam a singular posição do toxicômano, cuja relação com a droga evidencia um imperativo

ao consumo, a princípio, impossível de ser abdicado. Tratam do trabalho clínico com adolescentes usuários de drogas e familiares de usuários, do lugar da abordagem psiquiátrica nesta clínica, do contexto institucional e das propostas de intervenção urbana, assinalando as especificidades dessas estratégias terapêuticas. Além disso, encontramos textos que ampliam a discussão clínica sobre o uso e abuso de drogas através do diálogo com o campo social, legal e político em que este fenômeno se inscreve.

A terceira parte mostra uma série de textos advindos da produção dos participantes do Curso de Especialização oferecido pelo CETAD, denominado *Psicoativos: usos e usuários*, que abordam múltiplos aspectos relacionados ao uso de substâncias psicoativas e motivaram a pesquisa acadêmica nesse campo.

Finalizamos, sem concluir, com um questionamento poético que nos interroga sobre a escolha do toxicômano e o paradoxo que essa escolha encarna, ou seja, a possibilidade de existência e o seu próprio aniquilamento. A droga encobre o enigma de cada um.

Os leitores oriundos de diversas áreas do saber ou aqueles interessados no assunto encontrarão nesse livro um vasto material que mapeia o universo do uso e abuso de drogas na contemporaneidade. Talvez esses leitores não obtenham de todo, nessa obra, as respostas para as indagações que esse fenômeno revela, mas, certamente, sua leitura suscita uma ampla reflexão e aponta direções possíveis na abordagem desse tema instigante.

*Luiz Alberto Tavares*  
Coordenador do Núcleo de  
Documentação e Produção Editorial  
CETAD/UFBA

# INTRODUÇÃO

## POR QUE OS HUMANOS USAM DROGAS?<sup>1</sup>

*Antonio Nery Filho<sup>2</sup>*



Caravaggio (1594-1596 - Narciso)

Nos últimos anos, sempre que sou solicitado a falar sobre drogas para algum grupo, os mais diferentes (estudantes, profissionais da saúde, religiosos, professores, profissionais do direito, médicos e tantos outros), tenho me valido de um expediente relativamente simples: solicito que respondam, sem assinar, a esta pergunta aparentemente simples: **Por que os humanos usam drogas?**

---

<sup>1</sup> Este texto foi originalmente escrito para a atividade “Consultório de Rua – Cadernos Para Formação de Coordenadores”, dentro das Ações Integradas, sob a condução da Secretaria Nacional de Política Sobre Droga – SENAD/MJ, 2011. Agradeço a autorização para reproduzi-lo nesta coletânea de textos do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas-CETAD/UFBA.

<sup>2</sup> Psiquiatra. Doutor em Sociologia e Ciências Sociais pela Universidade de Lyon II (França). Fundador e Coordenador Geral do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/UFBA/SESAB. Consultor da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD/Ministério da Justiça.

Rapidamente percebi que as respostas, independentemente da categoria, idade ou cultura, giravam sempre em torno de concepções verdadeiras, em sua maioria, mas descontextualizadas, explicitando certo saber comum, quase banal, para não dizer jornalístico: “por curiosidade”, “para fugir do cotidiano”, “por falta de fé”, “para não sentir dor”, “por medo”, “para pertencer a um grupo”, “por causa de amigos”, para citar as mais frequentes. Didaticamente, sempre leio algumas respostas, comentando-as e enfatizando suas possíveis significações para, finalmente, propor minha própria resposta.

Apresento duas possibilidades, ambas a serem lidas na dimensão do universo simbólico: o mito de Adão e Eva e o mito da Horda Primitiva. Valho-me, aqui, apenas da ideia concebida por Charles Darwin de Horda Primeva enquanto grupo original, sem avançar na construção psicanalítica elaborada por Freud a partir da morte do pai primevo e suas consequências fundamentais, isto é, a organização social e cultural humana<sup>3</sup>. A depender do público ou de alguma disposição do meu inconsciente, começo por um deles e acabo, invariavelmente, pelo outro. Não é difícil compreender que contar uma história é diferente de escrevê-la. As inflexões, os gestos, os silêncios, tudo é importante no teatro didático. Escrever exige outra arte da qual sempre fujo. Esta é a primeira vez que experimento escrever a minha resposta à pergunta “por que os humanos usam drogas?”

Consideremos que os humanos nem sempre puderam ser vistos com as características psíquicas e sociais que hoje os definem. Podemos supor que, no começo, deslocava-se no tempo um grupo de seres liderados por um grande chefe, sem passado e sem futuro, aprisionados em um eterno presente, um tempo

---

<sup>3</sup> FREUD, Sigmund. Totem e tabu e outros trabalhos. Tradução Órizon Carneiro Muniz. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas Psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1977. v. 13.

permanente, posto que não simbolizavam e não eram dotados de linguagem e, portanto, impossibilitados de antecipar o futuro ou reconhecer o passado, vivendo em um inelutável “aqui e agora”, aprisionados em um eterno tempo presente.

Não há como não pensar em uma das muitas versões do mito de Narciso, filho de Céfiso e Liriope, que era dotado de extrema beleza. Tirésias, o adivinho, havia vaticinado vida longa para ele, desde que não contemplasse sua imagem, o que o impedia de se reconhecer. Isso significava que Narciso existia enquanto não era. Rezam, ainda, outras versões, que Narciso recusava o amor de todos os jovens e ninfas.

Um dia, enquanto caminhava pelos jardins de Eco, descobriu seu reflexo na água. Apaixonando-se profundamente por si próprio, debruçou-se cada vez mais para o seu reflexo na água, acabando por cair na lagoa, afogando-se.<sup>4</sup>

Isto significa que Narciso **tornou-se**, ganhou existência, isto é, ganhou saber-se existir, no ato de morrer: esta era a maldição; este era o impasse: existir enquanto não soubesse e saber enquanto não existisse.

Em outras palavras, nossa Horda existia sem saber, sem se reconhecer, eterna. Eterna, na Roda do Tempo, no nascer e morrer, sem se dar conta do que ficava para trás nem do que viria por diante. Esse teria sido o começo.

Imaginemos que transformações tenham ocorrido na alma desta horda, na medida em que o tempo a movia em um longo e lento caminhar, dotando-a da capacidade de pensar – simbolizar – e da linguagem, entrelaçada, indissociável.

Não conheço de modo aprofundado as hipóteses científicas relacionadas à aquisição da fala humana enquanto ex-

---

<sup>4</sup> BRANDÃO, Junito. **Dicionário mítico-etimológico**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1991. v. 2.

pressão sonora de um processo infinitamente complexo e fundador de nossa condição de “seres pensantes”. Recorro a essa construção – simbolizar-pensar-falar – para introduzir uma dimensão fundamental em nossa passagem de Horda a Humano. Simbolizar, isto é, poder reconhecer o passado e significá-lo, dar-lhe sentido, tanto quanto antecipar o futuro, futuro enquanto antecipação do passado, isto porque o futuro é o passado que ainda não chegou. Nesse sentido, o presente se torna uma instância mágica na qual o futuro se torna passado recente. Assim, o presente só seria possível se congelássemos o Tempo. “Ó tempo, suspende teu vôo”, nos versos de Lord Byron. Mas, para que nos serve tudo isto? Para introduzir, em nossa história, a dimensão da morte.

Sim, porque a significação do passado implicou no reconhecimento daquilo que se deixa para trás, perdido, inalcançável, salvo pela lembrança através da restauração imaginária e, mesmo assim, segundo as regras e leis da memória, que se perde no particular para ser inventada no coletivo. Eis que a vida ganha sentido com o reconhecimento da morte. Entretanto, impõe-se para essa horda em transformação o mesmo paradoxo ou quase o mesmo de Narciso: não reconhecer a dimensão Tempo implica em não ser; reconhecê-la implica em reconhecer-se mortal, finito. E quais as consequências disso para os agora humanos?

Creio que a resposta está na imersão em um imenso sofrimento de se saberem mortais, da certeza de que o tempo passa inelutável arrastando-os a todos para o passado: o futuro é o passado que não chegou, atravessando um presente que não existe, existindo. Mas isto é repetição. Passemos adiante. O problema daqueles humanos era lidar com o sofrimento que a própria condição humana lhes impunha. O que fazer?

Acompanhemos sua saga. É possível, digo, é bem possível que a seguinte história tenha ocorrido: um dia, depois de longa



peregrinação, um grupo de humanos repousou sob árvores protetoras; talvez fosse tempo outonal e chovesse com frequência. Vejo um humano saindo de seu canto em busca de água para apaziguar a sede. Abaixa-se e, ainda distante dos gestos mais delicados que terá no futuro, bebe sofregamente sem se dar conta de que nesta água estão amolecidos e dissolvidos frutos, frutos de sua árvore, tombados antes de sua chegada. É possível, também, que tenha sido uma laranjeira essa árvore ou mesmo uma macieira, para antecipar outro mito mais significante. Frutos cítricos fermentados deram a essa água propriedades novas, **inebriantes**, pela presença de etanol ou de moléculas de propriedades químicas muito próximas, produzindo, pela primeira vez, inevitável efeito depressor do sistema nervoso central e a respectiva alteração da percepção de si mesmo e do mundo exterior. Finalmente, a dor psíquica causada pelo conhecimento da finitude era aplacada e os humanos puderam seguir em frente construindo incessantemente sua história.

Posso compreender porque o álcool corresponde à principal substância inserida em nossa pauta cultural, como costumava dizer nosso saudoso antropólogo Gey Espinheira<sup>5</sup>, protegida por dois deuses, Baco, para os gregos, e Dionísio, para os romanos. Posso imaginar, ainda, que outras plantas e produtos químicos foram sendo, aqui e ali, progressivamente “descobertos”.

O outro mito a que me referi acima diz respeito à criação, segundo relatado no Gênesis. Vejamos o que nos diz o Texto Sagrado:

---

<sup>5</sup> Carlos Geraldo D’Andréa Espinheira, ou Gey Espinheira, como era conhecido e chamado. Sociólogo, professor da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFBA, trabalhou no CETAD/UFBA. Sempre esteve interessado pelos sabores e odores da Bahia e muito escreveu sobre a baianidade. Desde o início de sua carreira, voltou-se para os desvalidos e para os mecanismos de exclusão. Nos últimos anos de sua vida, desenvolveu trabalhos sobre a violência urbana. Via nas drogas um sintoma e, quando causa, compreendia-a como o “avesso do avesso”. Gey faleceu em 2009, aos 62 anos de idade.

O Senhor Deus formou o homem do pó da terra e insuflou-lhe pelas narinas o sopro da vida, e o homem transformou-se num ser vivo.

Depois, o Senhor Deus plantou um jardim no Éden, ao oriente, e nele colocou o homem que havia formado. O Senhor Deus fez desabrochar da terra toda a espécie de árvores agradáveis à vista e de saborosos frutos para comer; a árvore da vida, ao meio do jardim; e a árvore da ciência do bem e do mal [...].

O Senhor levou o homem e colocou-o no jardim do Éden para o cultivar e, também, para o guardar. E o Senhor Deus deu esta ordem ao homem; 'Podes comer do fruto de todas as árvores do jardim, mas não comas o da árvore da ciência do bem e do mal, porque, no dia em que o comeres, certamente morrerás' [...]

[...] A serpente, o mais astuto de todos os animais dos campos que o Senhor Deus fizera, disse à mulher: 'É verdade ter-vos Deus proibido comer o fruto de alguma árvore do jardim?'. A Mulher respondeu-lhe: 'Podemos comer o fruto das árvores do jardim, mas, quanto ao fruto da árvore que está no meio do jardim, Deus disse: 'Nunca o deveis comer, nem sequer tocar nele, pois, se o fizerdes, morreréis'. A serpente retorquiu à mulher: 'Não, não morreréis; mas Deus sabe que, no dia em que o comerdes, abrir-se-ão os vossos olhos e sereis como Deus, ficareis a conhecer o bem e o mal'.

Vendo a mulher que o fruto da árvore devia ser bom para comer, pois era de atraente aspecto e precioso para esclarecer a inteligência, agarrou do fruto, comeu, deu dele a seu marido, que estava junto dela, e ele também comeu. Então, abriram-se os olhos aos dois e, reconhecendo que estavam nus, prenderam folhas de figueira umas às outras e colocaram-nas como se fossem cinturões, à volta dos seus rins. [...] <sup>6</sup>

<sup>6</sup> BÍBLIA SAGRADA. Edição da Palavra Viva. São Paulo: Stampley Publicações, 1974.

Podemos depreender desse relato que o Homem e a Mulher no Paraíso poderiam dispor da eternidade, visto que a árvore da vida não lhes fora interdita. Contudo, a proibição do conhecimento lhes fora taxativa. A expressão “certamente morrerás”, pode ser entendida como “morrerás para a vida eterna”, ou seja, tornar-se-ão mortais, visto que foram expulsos do Éden e seu acesso à Árvore da Vida, interditado:

[...] O Senhor Deus expulsou-o do jardim do Éden a fim de cultivar a terra da qual fora tirado. Depois de ter expulsado o homem, colocou, a oriente do jardim do Éden, querubins armados de espada flamejante para guardar o caminho da árvore da vida [...].

Antes, era a vida eterna, sem consciência de nada que não fosse a própria existência em seu sentido mais estrito. Depois da ingestão do fruto da Árvore da Ciência (Conhecimento) do Bem e do Mal, o Homem e a Mulher reconheceram-se e se reconheceram mutuamente em outra condição: estavam nus e vulneráveis à morte.

Esse teria sido o drama de nossos pais inaugurais, Adão e Eva: a passagem da condição de divinos – imortais – a humanos – mortais. Diferentemente do mito da Horda, aqui não se trata de entrada na simbolização e linguagem, mas da significação das coisas, do saber-se sabedor. Daí por diante, a busca do Homem e da Mulher foi dirigida pelo sofrimento e pela nostalgia do paraíso perdido.

Outra consideração que me parece fundamental diz respeito ao Tempo. O tempo divino, de Deus, não tem começo nem fim; o tempo humano é finito, tem começo e término; término desconhecido. Certamente, esse foi mais um castigo, e não foi o menor.

É possível pensar que o encontro com uma planta ou produto químico tenha ocorrido, de modo semelhante àque-

le referido linhas acima para os novos humanos oriundos da Horda Primitiva: “[...] um dia, sedentos, tomaram da ‘água fermentada’ e reencontraram o paraíso, temporariamente”. Um novo fruto do bem e do mal foi descoberto; entretanto, não seria mais de Deus o Juízo e a Sentença, mas dos próprios humanos, na longa trilha calçada pelo livre arbítrio e pela liberdade.

### **Assim, concluo que, fundamentalmente, os humanos usam drogas porque se tornaram humanos.**

Creio que aqui se impõe uma ruptura e outra incursão: se os humanos usam drogas (substâncias psicoativas legais e ilegais) porque são humanos, haveremos de considerar, no mundo de hoje, duas outras dimensões – a dimensão social e a da própria substância. Valho-me, aqui, de um relato envolvendo meus mais próximos.

Há quase cinco anos, minha filha me telefonou para dizer que não estava se sentindo bem. Vale dizer que tinha, àquela época, 27 anos e vinha de sua primeira experiência de “morar sozinha”. Minha resposta imediata foi “você está grávida”, no que fui veementemente contestado. Elevado ao estatuto de doença, aquele mal-estar foi tratado por um colega otorrino, pois era fundamentalmente tontura e um não sei o quê indefinidos, como se fosse labirintite. Por minha insistência, exame laboratorial revelou, efetivamente, tratar-se, *bel et bien*, de gravidez. Creio que a doença poderia ser atribuída aos temores de minha filha quanto a este evento “autônomo”.

Por que tomo, publicamente, fatos de minha vida pessoal? Para salientar que, durante alguns meses, transitamos todos na alegria da espera de minha primeira neta e primeira sobrinha. A mudança para um apartamento maior, as adaptações, a pintura cor de rosa, as compras, tudo era fortemente significado pela Vida. Coisa curiosa: diante dessa gravidez fiquei mais sensível à percep-

ção da pobreza de muitos pacientes do CETAD<sup>7</sup>. Ocorria-me demorar um pouco mais nos semáforos observando meninos e meninas molhados pela chuva ou queimados pelo sol da Bahia, exercitando malabarismos canhestros, montados uns sobre os outros, em um circo triste e infame até que algum impaciente reclamasse com sua buzina. Fiquei mais sensível aos excluídos e sem oportunidades, aos invisíveis que se expunham pelas ruas de Salvador. Não raro, deparava-me com cenas vividas tempos atrás, no início de meu trabalho com usuários de drogas. Lembro-me, em particular, de ter entrado em um cubículo imundo, em uma rua do Pelourinho, onde viviam crianças e adolescentes em torno de uma mulher envelhecida precocemente pela miséria; ela estava grávida.

E o que isto tem a ver com o consumo de drogas? Tudo!

Tudo, na medida em que considero as circunstâncias envolvendo o nascimento de minha neta, a vida, a alegria, a renovação, a esperança, a transgeracionalidade e, desta perspectiva, não haveria lugar para outra coisa em sua vida que não fosse amor. Se pudesse imaginá-la como uma Jabulani<sup>8</sup>, ela seria cheia pelo melhor de cada um de nós; suas faltas e falhas seriam tão pequenas... insignificantes quase, não fosse a importância das faltas na malha de nossa subjetividade. Quantas Anas, Marias, Paulas, Pedros e todos os nomes terão nascido e nascerão nessas circunstâncias!

Ocorre que, pelo final da gravidez de minha filha, sua mãe adoeceu e tivemos de cuidar de duas situações extremamente significativas para os humanos: de um lado a reinvenção da vida e do outro, os temores da doença e a ameaça de morte. Uma frase, contudo, resolveu a questão: “Não posso morrer,

---

<sup>7</sup> Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), Serviço Especializado da Faculdade de Medicina da Bahia (UFBA), sob minha Direção desde o início, em julho de 1985.

<sup>8</sup> Nome dado à bola utilizada no Campeonato Mundial de Futebol, ocorrido em junho/julho de 2010, na África do Sul.

tenho minha neta para cuidar...”. Aquela criança era a Vida de todos nós; não havia, naquele momento, lugar para morte.

E o Pelourinho?

Volto àquela gravidez, talvez a quarta, sem assistência, ocorrida naquele quarto dividido em duas pequenas metades por um velho lençol esburacado e sujo, suspenso por um fio... uns dormiam, outros ouviam os ruídos, todos os ruídos, como me disse Gey Espinheira: “Não há intimidade na miséria, tudo se expande, tudo é comum e coletivo”. Aquele filho seria mais um filho da tristeza e falta de esperança; para ele, estaria longe a alegria de viver; só a expectativa da sobrevivência. Aquele João-Antônio-José, nasceria sob o signo da falta de possibilidades. Sua plenitude, para ser alcançada, exigiria muito possivelmente dor e/ou morte!

E o que isto tem a ver com o consumo de drogas? Tudo!

Tudo, se admitirmos que cada humano consumirá essa ou aquela droga, na medida de suas necessidades subjetivas e sociais. Não são as drogas que fazem os humanos – já foi dito; são os humanos que fazem as drogas ou, se dissermos de outro modo, em função dos buracos/faltas que constituem a estrutura de nossas histórias. Alguns de nossos filhos terão pequenos espaços para as drogas em suas vidas; outros filhos nossos encontrarão mais facilmente nas drogas a possibilidade de suportar o horror da exclusão pelo nascimento. Entre uma história e outra, há todas as possibilidades – a vida é *mobile*. Nossos nascimentos não são garantias inelutáveis de destino, mas portam a semente do que poderemos ser.

Nesse sentido, o uso de drogas será, sempre, indiscutivelmente, uma questão humana.

PARTE I

DA CULTURA





# RITUAL DE ALCOOLIZAÇÃO E DINÂMICA CULTURAL ENTRE OS TREMEMBÉ<sup>9</sup>

*Marcos Luciano Lopes Messeder<sup>10</sup>*

Este trabalho é um extrato de nossa tese<sup>11</sup> que tem com um dos seus eixos o problema da dinâmica cultural e do consumo de substâncias de modificação de consciência, em ocorrência, o álcool. Propomos um percurso de pesquisa cujo objetivo é compreender as significações da alcoolização dentre uma população indígena do Nordeste do Brasil. O caminho teórico e metodológico se inscreve em uma perspectiva interacionista e hermenêutica. As referências oriundas dos trabalhos de Erving Goffman (1973, 1974; 1975) e Howard Becker (1966; 1976) se articulam às proposições mais recentes de Victor Turner (1985) em torno das noções de drama, ritual e experiência, procurando, assim, abrir uma via de acesso à dinâmica cultural. Trata-se de articular o consumo de bebidas alcoólicas a um contexto de transformação política e simbólica do lugar dos índios no seio da sociedade brasileira, em geral, e dentro do Estado do

---

<sup>9</sup> Comunicação apresentada na 25ª Reunião da Associação Brasileira de Antropologia, em Goiânia, de 11 a 14 de junho de 2006, no grupo de trabalho intitulado “Ritos da Cultura Popular”, coordenado pelos professores Maria Laura Viveiros de Castro e Sérgio Ferreti.

<sup>10</sup> Professor Adjunto do Departamento de Educação do Campus I – UNEB.

<sup>11</sup> Para o desenvolvimento deste trabalho contamos com uma bolsa de Doutorado Pleno no exterior, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES), no período compreendido entre os anos 2000-2004.

Ceará, em particular. Os índios do Nordeste do Brasil integram um conjunto de populações marcadas por séculos de contato com a sociedade colonial e nacional de que resultou uma situação de fraca distinção cultural e um trabalho intenso de reelaboração simbólica em torno do passado e das tradições.

Nossa pesquisa pretendeu interrogar a realidade em que se encontra uma população historicamente estigmatizada e folclorizada, depois de algumas décadas, em pleno processo de reconstrução política e cultural no centro do qual se coloca um ritual de consumo de uma bebida fermentada tradicional, chamada “mocororó” ou “garrote”<sup>12</sup>, feita a partir do suco do caju. Alguns fragmentos simbólicos a propósito do imaginário religioso de um culto de possessão nos colocaram a questão do lugar do índio e da bebida nesse contexto.

Na Umbanda, existe um conjunto bastante vasto de entidades espirituais que representam o universo africano, indígena e mestiço do Brasil e nela os índios são enquadrados na categoria *caboclos*, o que indica, de início, seu caráter racialmente mestiço, o que não é sem ambiguidade. O fato interessante é que essas entidades são percebidas como bebedoras e se incorporam, às vezes, já embriagadas, o que nos conduziu a procurar uma articulação entre esse imaginário religioso e as práticas rituais de alcoolização entre os índios. Ademais, o ritual Tremembé, o Torém, sempre foi percebido como um ritual lúdico.

Outras populações indígenas do Nordeste, que enfrentam as mesmas questões de afirmação e legitimidade cultural, têm em seus rituais religiosos uma fonte fundamental de elaboração simbólica. Assim, parecia-nos evidente, em função dos contatos com essas populações, dentre outras razões, que

---

<sup>12</sup> No quarto capítulo de nossa tese (MESSEDER, 2004), há uma etnografia detalhada das formas de preparação do mocororó e uma discussão sobre os significados das suas denominações.

os Tremembé teriam a tendência a sacralizar seu ritual, uma hipótese que foi confirmada em campo. Ao lado disso, existe a alcoolização cotidiana ligada às atividades profissionais, particularmente, a pesca e, também, a agricultura. Assim, partimos à procura das significações do beber e das bebidas, articulando essas dimensões: étnica, social e religiosa. A ideia de base é que todas essas práticas e crenças fazem parte de um exercício de composição de si, tanto no plano coletivo quanto subjetivo e, em função disso, propomos aqui uma discussão em torno da noção de alcoolização como construção social e interativa.

A população estudada habita a costa noroeste do Estado do Ceará. Os Tremembé são reconhecidos oficialmente como população indígena, pelo Estado brasileiro, e têm um território identificado, mas não ainda demarcado, tendo em vista contestações de ocupantes. E é aí que reside todo o conflito, no reconhecimento social e cultural da existência atual dos Tremembé, pois um quadro ambíguo e tenso organiza a vida social e política local. Nós os conhecemos há dez anos atrás e a situação atual revela as mudanças e permanências.

Essa população vive espalhada em várias localidades do município de Itarema, situado a cerca de 260 km da capital do Estado, Fortaleza. Uma parte considerável das famílias identificadas como Tremembé habitam não muito distante do entorno do distrito de Almofala que, diga-se de passagem, é onde se situa a igreja construída no século XVIII como marco da missão religiosa que os catequizou<sup>13</sup>. Essa dispersão e a fragmentação atual resultam de um longo processo histórico feito de oscilações e ambiguidades. O movimento que se realiza do desprezo social e cultural ao reconhecimento viabiliza todo um conjunto de reelaborações

---

<sup>13</sup> Para uma análise da importância histórica e memorial da Igreja na formação da etnicidade Tremembé sugerimos a consulta dos trabalhos de Carlos Guilherme O. do Valle (1993) e Marcos Luciano L. Messeder (1995), além da nossa própria tese (MESSEDER, 2004).

dentre as quais se encontra a significação da relação com a bebida e a embriaguez. Nesse contexto, marginalidade e alteridade são componentes fundamentais da trama de consumo.

Quais são as assimilações simbólicas possíveis das experiências de alcoolização neste quadro? Véronique Nahoum-Grappe (1991) nos ensina que a alteração na percepção de si reorientaria um investimento da presença no mundo, permitindo novos sentidos que podem ser propostos para experiências culturais conhecidas. Dessa forma, um ritual de alcoolização coletiva, em um contexto de forte discriminação, pode se tornar uma rica fonte de ressignificação da experiência étnica e da reflexividade (TURNER, 1985) que acompanha esse drama. Para começar, examinemos a estrutura básica do ritual Tremembé e sua relação com formas análogas de outros povos indígenas no Nordeste.

O Torém é um ritual muito simples na sua estrutura, compreendendo uma dança circular acompanhada de cantos que, em princípio, fazem referência à fauna e flora locais. Ao centro do círculo de dançadores está o condutor do ritual, portando um maracá na mão para marcar o ritmo dos cantos que ele mesmo entoia. A dança segue o sentido anti-horário, salvo durante a execução de um canto específico que faz os dançarinos rodarem na direção contrária somente o tempo de um verso. Existe uma pausa para beber o mocoororó, geralmente após seis canções, que é indicada por uma canção particular.

Na Região Nordeste, os grupos indígenas têm rituais muito próximos dessa estrutura dos quais o mais conhecido se chama Toré e é praticado pela maior parte dessas populações. Aqui, é preciso, de qualquer maneira, atentar para as diferenças existentes entre Torém e Toré, no que concerne aos cantos, aos passos da dança, ao tipo de bebida utilizada, ao significado dessas bebidas e à possessão por espíritos.

O Toré é classificado como lúdico e/ou sagrado, dependendo do contexto de sua realização. Aqueles que o executam dizem que ele pode ser uma diversão, se apresentado fora da aldeia, ou uma cerimônia sagrada durante a qual ocorre a incorporação e a consulta aos espíritos, o consumo de uma bebida ritual e do tabaco, quando no quadro de realizações internas aos grupos indígenas.

Pode-se encontrar esses mesmos elementos em cultos de possessão, que podem se nomear torés, praticados por populações mestiças sem nenhuma reivindicação étnica e, particularmente, ainda, observar no seio de religiões constituídas como a Umbanda e o Candomblé, devoções a entidades denominadas caboclos nas quais o tabaco e as bebidas alcoólicas são fortemente notadas.<sup>14</sup>

Uma planta chamada jurema<sup>15</sup> (*mimosa bentis* ou *hostilis*) é um componente associado, de maneira particular, aos índios, em todos os rituais deste tipo no Nordeste do Brasil. A jurema é, ao mesmo tempo, uma planta, uma entidade, a bebida feita da entrecasca de sua raiz e um reino onde se creem habitam os mestres espirituais, às vezes, nomeados encantados, todos tidos como índios.

Esse “universo do sagrado indígena”, se ousarmos nomeá-lo assim, revela um trabalho de recomposição das significações de vários elementos presentes no imaginário a propósito do índio e nas práticas e crenças incorporadas à experiência religiosa das populações indígenas e mestiças do meio rural

---

<sup>14</sup> A propósito do lugar dos índios no Candomblé da Bahia sugerimos consultar o trabalho de Jocélio T. dos Santos (1995).

<sup>15</sup> Remetemos ao terceiro capítulo de nossa tese onde analisamos a religiosidade e os rituais dos índios do Nordeste. A Jurema aparece em vários registros simbólicos. Nesta parte, nós utilizamos como fonte o trabalho de Marco T. S. Nascimento (1994) que discute especificamente a existência do que ele denomina de “complexo ritual da Jurema”.

nordestino. No plano imaginário da Umbanda e do Candomblé, o índio é associado à natureza, o que não é sem relação com as representações (interpretações) construídas pela literatura romântica que impregnou o processo ideológico de construção da nação brasileira. Paralelamente, nessa mesma época, fim do século XIX, as populações indígenas estavam sendo física e ideologicamente desconstruídas, particularmente no Nordeste, onde começou, lembremos, a colonização do país e, assim, os índios se tornam espíritos ou traços de caráter incorporados seja aos cultos marginais dos escravos e mestiços, seja como virtudes abstratas do povo brasileiro: valente, forte, corajoso. Concretamente, as populações indígenas do Nordeste passam o fim do século XIX e o começo do século XX quase esquecidas e mesmo dadas como desaparecidas para sempre.

O Torém Tremembé era visto, ao longo do século XX, como uma relíquia folclórica de um passado indígena sem retorno (SERAINÉ, 1955). Nos últimos anos, o ritual se tornou um elemento chave no processo de distinção étnica dos Tremembé e foi apreendido como signo diacrítico na construção da organização política do grupo. (VALLE, 1993; MESSEDER, 1995; OLIVEIRA JUNIOR, 1998). Mesmo este último trabalho, que trata exclusivamente do ritual, enfatiza a sua função política e integrativa e tem por título *Torém: brincadeira dos índios velhos*, o que acentua o caráter lúdico e remetido ao passado.

Vamos aqui descrever brevemente um dos rituais observados durante a nossa estadia, no ano de 2002, em Passagem Rasa, nome da localidade habitada por cerca de trinta famílias, a maior parte das quais se identifica como sendo índios Tremembé, um local marcado por uma história de violência, datando dos anos 1960, e que é também um lugar de forte produção de mocororó, em função da presença abundante de cajueiros. O ritual encerrou uma reunião política organizada

pelo cacique, tendo como objetivo apresentar seu programa à frente da Associação Indígena local. Nós escolhemos examinar esse ritual por seu lugar emblemático no conjunto dos rituais descritos ao longo da tese (MESSEDER, 2004). De início, ele possui uma temporalidade ideal: o Torém durou toda a noite e as últimas canções foram entoadas depois da aurora, temporalidade que, no dizer local, permite “tocar o sol com as mãos”<sup>16</sup>.

O ritual começa com um discurso do cacique, que é também o seu condutor, enumerando as razões da comemoração: as eleições no seio da comunidade e a eleição presidencial. Ele previne contra brigas e confusões e declara o caráter sagrado do ritual. Antes de começar, ele balança o maracá, convocando os participantes a fecharem o círculo em torno dele e, em seguida, ele saúda o pai Tupã, indicado pelas leituras dos missionários como o Deus dos índios, e diz que este mesmo pai Tupã é o que foi crucificado. Desde o primeiro canto, as inovações em relação à tradição do Torém, aquela fixada pelos trabalhos dos folcloristas<sup>17</sup>, se fazem sentir. O canto de abertura fala da aldeia como um lugar onde há o pajé e plantas para curar. A aproximação com o imaginário presente na Umbanda é notável.

---

<sup>16</sup> Salientamos que esta frase é um verso de uma canção de forró, ritmo preferido das festas no interior do Nordeste.

<sup>17</sup> Aqui se faz necessário explicitar a importância dos trabalhos dos folcloristas em função do registro histórico que realizaram. O trabalho de um estudioso regional (NOVO, 1976) realizado entre o final dos anos de 1960 e o começo dos anos de 1970 marca particularmente a memória Tremembé, por ter sido feito com a participação intensa das últimas representantes do chamado “tronco antigo”. A famosa Tia Chica, bisavó do atual cacique, é personagem central da brochura publicada pelo referido autor. Após, este período o Torém passou por um período de “recesso”, devido, em parte, a certa repressão local. Nessa obra ficaram registradas 14 cantigas entoadas tradicionalmente nos Toréms assistidos por Novo. Sua fixação as entronizou definitivamente como a tradição do Torém e vemos como a dinâmica atual retraduz o sentido de tradição.

O cacique retoma o canto de abertura tradicional do Torém que pede permissão ao dono da casa onde o ritual tem lugar. Seguem-se cantos antigos até o chamado para beber, cuja letra fala de ir “aos cuiambá”. O prefixo “cuia” pode ser associado ao recipiente onde é servida a bebida que, antigamente eram cabaças, hoje, às vezes, um balde. O condutor do ritual é servido primeiro e, em seguida, ele mesmo serve os outros participantes. A princípio, somente aqueles que dançam podem beber.

Durante o ritual há intervalos em que são entoadas “canções profanas”, geralmente sambas ou forrós, cujas letras se referem, quase sempre, a mágoas de amor. A retomada se faz acompanhar de um novo canto, que faz parte de um repertório incorporado a partir dos contatos com outros grupos indígenas do Nordeste – pode-se perceber, então, sua filiação com cantos do Toré. Esse hino inicial diz que é preciso “desembaraçar as correntes” para que os índios possam trabalhar e menciona, também, um “nó mal feito que é preciso desfazer”. Aqui estamos em pleno coração do imaginário presente na Umbanda, onde se luta permanentemente contra a feitiçaria e os atos espirituais maldosos, daí a ideia de nó do qual é necessário se desembaraçar. Também se pronuncia o verbo “trabalhar” que, segundo Pordeus (2000, p. 91), no campo da Umbanda, significa realizar a ação mágica. Parece claro, no canto mencionado, que a “corrente” se encontra perturbada por um “nó” que os impede de “trabalhar”.

O hino que segue mostra que estamos, claramente, no campo simbólico dos cultos de possessão e a fronteira entre estes e o Torém se torna mais fluida, ainda. O canto se refere aos Tremembé como um lugar, uma terra onde há água de coco e também azeite de dendê, enfatizando que a água de coco é doce para quem quer beber. Em seguida, o ritmo se acelera e todos



são convidados a dançar e “apertar o catimbó”, sinônimo de feitiçaria ou, ao menos, de ritual mágico<sup>18</sup>, e mais ainda, “amarrear os inimigos na ponta de um cipó”. Um dos líderes da localidade, cuja performance coreográfica mereceria uma descrição, dança curvado e, neste momento, emite gritos do tipo “uh! uh! oh!”. Finalizando essa parte da cerimônia, um hino menciona a “jurema” e o “Tremembé do Igarapé<sup>19</sup>” para que ele venha no barulho das ondas do mar dar força ao “Torém”.

O ritual foi expressão de alegria e descontração, nenhum incidente veio macular a festa, pois o Torém é também uma festa, uma comemoração de conagração orientada por motivos bem precisos. Se retomarmos o sentido que poderíamos supor ser o original, a chegada dos frutos do caju, encontraremos, certamente, um princípio festivo ordenando a reunião em torno da bebida.

Aqui, todo um conjunto de possibilidades de interpretação se abre. Os testemunhos recolhidos ao longo do ritual foram modelados por sentimentos diversos: do sentido festivo, lúdico e alegre do encontro até a aliança com os espíritos dos ancestrais ou a comunhão com a força da natureza e da tradição que torna possível a sua realização. Essas modulações são todas complementares umas em relação às outras. Quando se evoca, em um sentido atualizado, a relação com a natureza, estamos em plena trilha do significado de outrora, mas, claro, é a recuperação de um sentido já recomposto à luz de várias experiências.

---

<sup>18</sup> O catimbó pode ser um culto de possessão ou utilizado como categoria de acusação indicando simplesmente feitiçaria. Para uma discussão da relação do catimbó com os rituais dos índios do Nordeste nós remetemos ao trabalho de Marco T. S. Nascimento (1994).

<sup>19</sup> “Igarapé” faz referência, como sabemos, aos cursos d’água afluentes dos grandes rios amazônicos. Vemos, assim, os Tremembé associados à floresta amazônica, lugar ideal dos “índios puros”.

Sem pretender idealizar a relação que eles mantêm com o ritual, mostra-se provável que a experiência atualizada corresponda, em certos aspectos, àquela vivida pelos mais velhos. É evidente que a evolução política dos últimos tempos é responsável pelas reelaborações no significado do ritual, portanto, mesmo colocando-nos em guarda contra a idealização que o movimento política edifica, a prática de reunir as pessoas durante o período de produção do mocororó para beber e dançar ao som das canções de Torém traz em si uma intenção memorial de caráter político e reenvia a um plano emocional inegável. A prova disso, do nosso ponto de vista, vem de relato anódino do ex-cacique<sup>20</sup> que conta a retomada do ritual após a morte da Tia Chica, como resultado de encontros fortuitos em um bar, quando as pessoas, se reconhecendo como índios, mesmo, talvez, escondidas, e estimuladas pelos vapores da cachaça, tinham vontade de dançar o Torém, o que coloca a questão de saber qual o móvel de uma tal emoção? Podemos, legitimamente, supor que o encontro para beber entre iguais, partilhando referências culturais e familiares comuns, evocaria uma experiência coletiva que associaria seus corpos, corações e memórias: de uma embriaguez em conjunto vibrava uma outra, uma embriaguez étnica.

O que nós assistimos, na ocasião do Torém da Passagem Rasa, era uma recomposição de sentido. A diversão estava lá, mas articulada a uma reunião política que a precedeu e que comemorava, explicitamente, salientemos, três eleições, revelando uma dimensão de poder que atravessa todos os planos dos atos. A diversão estava lá, nas brincadeiras que dão início aos encontros, nas piadas que cortam em todas as direções,

---

<sup>20</sup> A interessante história do ex-cacique é analisada na nossa tese referida na bibliografia.

na bebida que circula a cada visita<sup>21</sup>. Os intervalos rituais ilustram bastante bem o caráter lúdico – as conversas estão longe de serem sérias, fala-se de ressacas, de casos insólitos. No meio de tudo isto, o mestre do ritual, enquanto canta, fecha os olhos e diz sentir a presença de forças importantes e ancestrais. Estaríamos nós diante de um simulacro de significação? A dimensão política é ela somente determinante de uma construção ideologicamente orientada para dar a impressão de que qualquer coisa além do visível e do performático está ocorrendo?

Para nós, essa reelaboração de significados misturando o lúdico, o sagrado, o passado e o presente é, de todo modo, pertinente e compreensível à luz das transformações provocadas pelas experiências contemporâneas. A memória étnica foi mobilizada no curso das duas últimas décadas entre os Tremembé, a partir das viagens e dos encontros com outros grupos indígenas do Brasil e do Nordeste, do trabalho de discussão e de organização proposto pelos missionários<sup>22</sup> e do diálogo produzido pela presença dos pesquisadores. A reflexividade intensa em torno do passado, do território, da vida dos antigos, de seu cotidiano e de dimensões fortemente simbólicas, como é o caso do Torém, foi responsável por uma recriação dos discursos e das práticas em torno do sentido da história e da ação coletiva particular aos Tremembé.

Para concluir, examinemos alguns elementos de uma entrevista realizada com o pajé Tremembé: ele fala do Torém e o

---

<sup>21</sup> Antes da reunião política, que foi um dos motivos da ida do cacique à localidade, ele, junto com outros líderes indígenas, particularmente da própria Passagem Rasa, percorreu as casas para convidar as famílias para a reunião e para o Torém, que coroaria a visita. Em todas as casas nós fomos recebidos com garrafas ou vários litros de mocooró. Durante o período da safra do caju, o mocooró é personagem central dos encontros sociais.

<sup>22</sup> Remetemos a nossas pesquisas para uma análise da ação missionária contemporânea: ver Messeder, (1995; 2004).

compara à Missa, sugerindo que o mocororó é uma substância de concentração espiritual; diz que, ao se concentrar, se lembra do ato da prece: o Torém é uma oração, uma missa cantada e dançada, poderíamos dizer levando mais longe a analogia que a cultura cristã inspira à interpretação nativa de suas próprias práticas. Os ecos do trabalho de assimilação missionário soam, revigorando os amálgamas do passado. O discurso do pajé exprime uma experiência e uma elaboração cultural: a percepção dos efeitos fisiológicos do mocororó é perfeitamente coerente com suas interpretações. No entanto, nós estamos, claramente, também, diante de um discurso que está “inventando a tradição”, no sentido dado por Hobsbawm (1984, p. 9).

O pajé justifica as novas canções, mostrando a continuidade da tradição: sua fonte (da tradição e das canções) foi e continua sendo a natureza. Em um momento, sua argumentação assume um tom muito próximo daquela dos adeptos do Santo Daime quando falam da “força do Daime” e dos hinos, que resultam de uma inspiração divina e que não seriam compostos. A natureza funciona, no discurso do pajé, como a fonte inspiradora, seu veículo de força; o mocororó, como o Daime, é visto e percebido como um enteógeno<sup>23</sup>. Sua evolução “natural”, nas novas canções, articula o Torém atual com a ajuda do mocororó, seu acompanhador indispensável, à linhagem do antigo sem ruptura. Tudo é fruto da inocência ilustrada pelo processo mesmo de autofabricação do mocororó.

---

<sup>23</sup> Alguns especialistas (ver, especialmente, OTT, 1994), estudando a problemática das substâncias utilizadas como suporte de experiências sagradas, a exemplo da citada, do peyotl, do tabaco ou da Cannabis, entre várias outras, convencionaram a designação de enteógeno, da mesma raiz de entusiasmo, palavra grega, cujo prefixo significa “deus dentro”. Então enteógeno significa “veículo do divino”. Trata-se de uma categoria capaz de dar conta da experiência dos sujeitos, reconhecendo nesse processo a legitimidade mesma desta experiência.

É preciso lembrar as propriedades medicinais do mocororó: um purificador, reputado como um potente purgativo. Aqui ainda, as aproximações com a *ayahuasca* ou *yagé* são notáveis (MACRAE, 1992, p. 54; ZULUAGA, 2002, p. 141). A ingestão desse último pode provocar vômitos ou diarreia, sinais de que está ocorrendo uma limpeza para liberar o “aparelho” de suas impurezas a fim de receber a força divina. Na Umbanda local, também, a noção de sujeira é frequentemente evocada para explicar a impossibilidade de incorporação ou sua realização malfeita.

Outro aspecto inegavelmente revelador da orientação sacralizante se exprime pela atribuição de guardião da tradição ao mocororó que, atravessando o tempo, fazendo dançar os Tremembé e divertindo-os, manteve a memória coletiva. Diz o pajé que, se os cajueiros tivessem desaparecido, a ligação entre as “raízes antigas e os galhos atuais” dos Tremembé teria também sofrido uma solução de continuidade. A ausência daquele que “provoca” o mocororó, o Torém, porque proibido durante um certo tempo, permitiu a execução de outras formas de “tradição”, de compartilhamento lúdico, escondendo o ritual, disfarçando-o. Aqui, espontaneamente, ele chega a associar o mocororó aos próprios ancestrais. A bebida é percebida como um ser imutável, associada a um tempo que não retornará jamais, tempo que ela devolve por ubiquidade química e memorial. A recomposição de si é feita por meio de uma comunhão alcoolizada, mas não de uma embriaguez sem controle.

Outras dimensões levantadas por seu discurso devem ser ainda examinadas. O Torém é visto como um exercício de consolidação da força espiritual, ao mesmo tempo, coletiva e individual. Ele é a arma por excelência da luta e, na sua retórica pintada de elementos vindos da Umbanda, ele “quebra” a força dos “contrários”. Os novos cantos de Torém fazem refe-

rência à ideia de feitiçaria, de desfazer nós, como para marcar, claramente, com um selo mágico, a prática ritual. O pajé fala, também, do fato de se sentir um guerreiro, um vencedor. No contexto de conflito onde vivem, esta ideia não é um acaso; é uma evocação pertinente do trabalho de resistência a realizar, tanto no plano coletivo, para assegurar a unidade de uma comunidade duvidosa e dispersa, quanto no plano individual, pois é preciso se sentir orgulhoso de ser índio para afrontar seus próprios medos e os embaraços das relações muito próximas com os inimigos que habitam no interior de si mesmos. É neste meio, nas modulações de dois sentidos, entre o lúdico e o sagrado, que o Torém e o mocororó incorporam o espaço tempo da indianidade Tremembé.

## REFERÊNCIAS

- BASTIDE, Roger. **Les religions africaines au Brésil**. Paris: Flammarion, 1995.
- BECKER, Howard S. **Outsiders: studies in the sociology of deviance**. London: Free Press of Glencoe, 1966.
- BECKER, Howard S. **Uma teoria da ação coletiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.
- BIRMAN, Patrícia. **O que é umbanda**. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- GOFFMAN, Erving. **La mise en scène de la vie quotidienne**. Paris: Les Editions de Minuit, 1973.
- GOFFMAN, Erving. **Les rites d'interaction**. Paris: Les Editions de Minuit, 1974.
- GOFFMAN, Erving. **Stigmaté, les usages sociaux des handicaps**. Paris: Les Editions de Minuit, 1975.
- GONÇALVES DA SILVA, Vagner. **Candomblé e umbanda: caminhos da devoção brasileira**. São Paulo: Ática, 1994.

HOBSBAWN, Eric. Introdução: a invenção das tradições. In: HOBSBAWN, Eric; RANGER, Terence (Orgs.). **A invenção das tradições**. Tradução Celina Cardin Cavalcante. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984. (Coleção Pensamento Crítico, v. 55).

MACRAE, Edward. **Guiado pela lua**: xamanismo e uso ritual da ayahuasca no culto do Santo Daime. São Paulo: Brasiliense, 1992.

MESSEDER, Marcos L. L. **Etnicidade e diálogo político**: a emergência dos Tremembés. Salvador, 1995. 189f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1995.

MESSEDER, Marcos L. L. **Rituels et drames d'alcoolisation chez les Tremembé**. Thèse de Doctorat. Lyon: Université Lumière Lyon 2, 2004. 504f.

NAHOUM-GRAPPE, Véronique. **La culture de l'ivresse**: essai de phénoménologie historique. Paris: Quai Vol-taire, 1991.

NASCIMENTO, Marco Tromboni de Souza. **O tronco da Jurema**: ritual e etnicidade entre os povos indígenas do Nordeste: o caso Kiriri. Salvador, 1994. 305f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1994.

NOVO, José Silva. **Almofala dos Tremembé**. Itapipoca, 1976.

OLIVEIRA JÚNIOR, Gerson Augusto. **Torém**: brincadeira dos índios velhos. Fortaleza: AnnaBlume, 1998.

OTT, Jonathan. **Ayahuasca analogues**: pangean entheogens. Natural Productus CO. Kennewick, WA, 1994.

PORDEUS, Ismael. **Magia e trabalho**: a representação do trabalho na macumba. São Paulo: Terceira Margem, 2000.

PORDEUS, Ismael. **Umbanda**: Ceará em transe. Fortaleza: Museu do Ceará, 2002.

SANTOS, Jocélio Teles dos. **O dono da terra**: a presença do caboclo nos candomblés da Bahia. Salvador: SarahLetras, 1995.

SERAINÉ, Florival. Sobre o Torém, dança de procedência indígena. **Revista Trimensal do Instituto do Ceará**, Fortaleza, Instituto do Ceará, v. 69, 1955.

TURNER, Victor. **On the edge of the Bush**: anthropology as experience. Tucson: The University of Arizona Press, 1985.

VALLE, Carlos Guilherme O. do. **Terra, tradição e etnicidade**: um estudo dos Tremembé do Ceará. Rio de Janeiro, 1993. 410f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1993.

ZULUAGA, Gérman. A cultura do yagé, um caminho de índios. In: LABATE, Beatriz C.; ARAUJO, Wladimir S. **O uso ritual da ayahuasca**. Campinas: FAPESP, Mercado de Letras, 2002.



# FOGO NA BABILÔNIA: GANJA, REGGAE E RASTAS EM SALVADOR<sup>24</sup>

Wagner Coutinho Alves<sup>25</sup>

## Introdução

A religião Rastafári ficou mundialmente conhecida a partir da década de 1960, devido à grande progressão, no cenário musical da época, do ídolo pop jamaicano, Bob Marley, que era seu adepto e que, junto com a sua banda *The Wailers*, espalhou, com suas letras, mensagens baseadas nesta crença.

As canções de Marley são protestos contra a desigualdade social e o sofrimento do povo negro devidos às sequelas de um passado escravista e do sistema capitalista. Além de Bob Marley, outros músicos jamaicanos ganharam fama internacional, como Bunny Wailer e Peter Tosh, artistas que têm em comum o tipo de música que cantam, a *reggae music* ou *reggae*, e a religião *Rastafári* da qual são seguidores.

Quando Bob Marley faleceu, em maio de 1981, grande parte das notícias, cujo conteúdo era dedicado à temática do reggae, o tinha como figura central. Sua biografia, elaborada

---

<sup>24</sup> Artigo apresentado em comunicação oral no “V Simpósio Nacional de História Cultural”, Brasília, nov. 2010.

<sup>25</sup> Mestrando no Programa de Pós Graduação em Antropologia da Universidade Federal da Bahia – UFBA; pesquisador e Secretário Geral da Associação Brasileira de Estudos Sociais do Uso de Psicoativos (ABESUP) e do Grupo Interdisciplinar de Estudos sobre Substâncias Psicoativas (GIESP).

pelo jornalista Timothy White (1999), além de fatos sobre a trajetória pessoal do astro, enfatiza a sua ligação visceral com a religião Rastafári e a importância dada a ambos na Jamaica, e, também, tematiza o grande papel que o uso da *Cannabis sativa* desempenhou na sua vida e em sua produção artística.

A imagem de Marley continua sendo um dos principais símbolos da cultura Rastafári. O legado desse notório representante da diáspora jamaicana, ainda hoje faz um enorme sucesso, mesmo em países nos quais nunca se apresentou, a exemplo do Brasil. Bob Marley é visto hoje como, além de o maior representante do *reggae*, o usuário de *cannabis* mais notório dos tempos atuais.

A música *reggae* divulgou pelo mundo a cultura Rastafári e a estética *rasta*. Contudo, não foram esses os únicos elementos disseminados, pois vieram acompanhados pelos estigmas que já sofriam por razões sociais aliadas às restrições ao uso da *Cannabis sativa*. Atualmente, os *rastas* brancos e negros, adeptos ou não da religião, são geralmente estigmatizados como maconheiros ou drogados.

Neste artigo pretendo discorrer sobre alguns elementos nos quais se baseiam essas estigmatizadas representações.

## A religião Rastafári e o uso da ganja

As raízes profundas da religião Rastafári remontam aos movimentos negros de oposição ao regime escravista, à dominação branca e à marginalização sofrida pelos negros na Jamaica e nos Estados Unidos, mesmo após a abolição e a independência. O Protestantismo, especialmente o Pentecostal, é outra influência marcante. Em meio ao contexto da segregação racial, o Pentecostalismo das igrejas negras tem um forte componente de contestação à ordem vigente.

A gênese da religião Rastafári estaria situada na década de 1930, tendo como base as ideias propagadas por Marcus Mosiah Garvey, líder negro jamaicano, nacionalista, figura proeminente do *Universal Negro Improvement Association* (UNIA), surgido na década de 1920, uma das organizações da qual se originou o movimento *Black Power* contemporâneo. Garvey propunha a repatriação dos negros ao lar, que seria uma África mítica simbolizada pela Etiópia bíblica. Discursava aos pobres da Jamaica e, posteriormente, dos Estados Unidos, incentivando-os a imaginar Jesus Cristo como um negro e incitava os negros jamaicanos a fundarem sua própria igreja. Em uma de suas exposições, haveria feito esta profética declaração: “Voltem-se para África, lá será coroado o Rei Negro; Ele será o redentor”.

Em 1930, com grande cobertura dos meios de comunicação de massa, Ras Tafari Makonnen foi proclamado *Negusa Negast* (Rei dos Reis) tornando-se imperador da Etiópia, sob o título formal de Hailé Salassié, cujo significado honorífico é Poder da Santíssima Trindade. Foi também declarado, pela Igreja Copta da Etiópia, descendente direto do Rei Salomão. Ao saberem desse acontecimento, os favelados e camponeses da Jamaica simpáticos aos discursos de Garvey entenderam o evento como o cumprimento de tal profecia (WHITE, 1999, p. 25-6). As expressões *rastafarianismo*<sup>26</sup>, *rastafári* e *rastaman*<sup>27</sup> são tributos a Hailé Salassié.

Antes do sucesso de Marley, no fim da década de 1960, o Rastafarianismo era uma manifestação local jamaicana com pouca projeção fora do país. Atualmente, apesar da sua divulgação midiática, continua sem centralização, sede ou unificação doutrinária. Um misto de tradições religiosas africanas, ri-

<sup>26</sup> Os seguidores mais conservadores renegam a expressão Rastafarianismo, sob a alegação de que o sufixo “ismo” lhe foi adicionado pela Babilônia.

<sup>27</sup> *Rastaman* é a nomenclatura que os homens *rastafári* adotaram para si em homenagem a Ras Tafari Makonnen.

tos protestantes e tendências de negritude e pan-africanismo da primeira metade do século (PINHO, 1997, p. 194-195) sustenta as ideias de que Deus é negro, que o paraíso terrestre é a Etiópia – equivalente ao Sião judaico-cristão e local para onde todos os negros da diáspora deveriam ser repatriados –, e que o inferno é todo o horizonte ocidental capitalista, a Babilônia.

Baseados na *Holy Piby*<sup>28</sup>, os ritos rastafári têm um caráter fortemente puritano, enfatizam austeras normas de conduta social e familiar e seus seguidores adotam a alimentação natural, a abstinência de tabaco e álcool, períodos de abstinência sexual e o crescimento livre dos *dreadlocks*<sup>29</sup>.

O culto é fortemente patriarcalista e a poligamia é aceita entre alguns de seus grupos. As mulheres são submetidas a uma série de restrições comportamentais e, assim, as seguidoras da seita *rastafári* são proibidas de usar produtos de beleza, ato considerado pecado, e seus maridos não podem compartilhar do mesmo leito que elas quando estão menstruadas por serem então consideradas como em estado de impureza.

A *Cannabis sativa*, tratada entre os adeptos pela alcunha de “ganja”, é um dos principais elementos do Rastafarianismo. Tida como “erva da sabedoria”, seu uso é incentivado como parte do rito religioso sob a alegação de que foi encontrada crescendo no túmulo do Rei Salomão. As propriedades sagradas da planta são atestadas através de trechos bíblicos, a exemplo do Salmo 104:14 que diz: “Ele fez a grama crescer para o gado e a erva para o uso do homem, para que ele possa retirar a comida da terra” (WHITE, 1999, p. 30).

<sup>28</sup> A “Bíblia do homem negro”, compilada entre 1913 e 1917 por Robert Athlyi Rogers, é uma versão da Bíblia supostamente não adulterada por traduções e interpretações eurocêntricas. (WHITE, 1999, p. 27).

<sup>29</sup> A tradução literal para o português seria “madeixas que chocam”. Tranças de cabelo encarapinhado, também chamadas de *dreads*, que os *rastamen* usam baseando-se nas palavras do Velho Testamento que dizem: “[...] que nenhuma lâmina tocará a cabeça do justo” (SILVA, 1995, p. 44).

No folclore popular da Jamaica, os guardiões da sabedoria são os feiticeiros, chamados de *obeahmen* ou *myalmen*. São detentores do Obeah, conjunto de técnicas de exploração dos poderes dos *duppies* que, na crença do povo Acã, ascendência de grande parte dos negros jamaicanos, seria a terceira alma que os homens possuem e que se configura como um espírito que acompanha a todos; um *Duppy* pode realizar boas e más ações, de acordo com as indicações do *obeahmen* que o comanda. Já o uso da “ganja” na meditação ajudaria a encontrar a verdade e a se proteger dos possíveis ataques de *duppies*, comandados por um *obeahmen*, que, dependendo da sua virulência, podem causar severas doenças e, até, retirar a sombra do vitimado. (WHITE, 1999, p. 42-3).

Os Rastafári usam a ganja para finalidades diversificadas como para a libertação do espírito e a meditação mística (PINHO, 1997, p. 195) e, seguindo as recomendações da *Holy Piby*, consideram que as propriedades psicoativas da *Cannabis sativa*, nas práticas cotidianas rastafári, teriam o poder de colocar o *rastaman* em contato com Jah (abreviatura de Jeová). Consomem a ganja fumando *spliffs* (grossos cigarros de *cannabis* em forma de cone, parecendo charutos) ou em *chillums* (cachimbos de pedra, barro ou porcelana). Outros usos dessa planta aproveitam suas propriedades terapêuticas na cura de mazelas diversas, sob a forma de chá, ou empregada na alimentação, usos mais praticados por mulheres e crianças.

Os *rastamen* literalmente fiéis à tradição renegam tudo que é fruto da Babilônia, vivem em comunidades isoladas nas montanhas da Jamaica recusando-se a mandar os filhos à escola e não pagando impostos. No Brasil, os seguidores do Rastafarianismo em suas versões adaptadas e urbanas tendem a adequar suas práticas às atividades cotidianas, de forma a evitar por em risco as suas relações sociais.

Devido à marginalidade socioeconômica e à postura contestatária, os grupos de *rastamen*, desde o início de suas formações, eram perseguidos pelas forças policiais, consideradas por eles como a face armada da Babilônia (PINHO, 1997; SILVA, 1995; WHITE, 1999). O uso sacramental da ganja, por sua natureza ilícita, é utilizado como justificativa para a repressão. Dessa forma, os que aderem em totalidade ao culto *Rastafári* e mesmo aqueles que só nutrem simpatia por sua estética e pela *reggae music*, facilmente identificáveis por seus caracteres físicos e/ou indumentários, são sujeitados às ações repressivas voltadas aos “drogados” e discriminados em diversificadas esferas sociais.

### Rastas no Brasil e em Salvador

O sucesso de Robert Nesta Marley (Bob Marley) impulsionou a carreira de outras bandas jamaicanas, fazendo com que o Reggae viesse a despertar também os interesses de parte das indústrias fonográficas norte-americanas e inglesas que, na década de 1970, lançavam e exportavam álbuns de *reggae* para inúmeros países. (WHITE, 1999, p. 38-9).

A tradicional música rítmica jamaicana, desde a década de 1920, era o *mento* que, unido ao *rhythm and blues*, o *jazz* e o *blues* norte-americanos, deu origem ao *ska* que, na década de 1950, sob a influência de novos elementos rítmicos somados às inovações dos músicos jamaicanos originou o *rock steady*. Esse teria sido o primeiro ritmo pelo qual os músicos jamaicanos tiveram oportunidade de expressar sua consciência política e musical, falando de temas como a fome, o desemprego e a perseguição policial sofrida pela população negra das favelas de Kingston e de outras cidades da Jamaica. (PINHO, 1997; SILVA, 1995; WHITE, 1999).

O *reggae* é uma versão do *rock steady* com a introdução de elementos originais na estrutura melódica das composições e letras aludindo às ideias do legado cultural rastafári. No final da década de 1960, os primeiros LP's de *reggae music* já faziam sucesso na Jamaica e nos Estados Unidos e Inglaterra.

Paralelamente ao sucesso do *reggae*, difundiu-se, aqui, um estilo de indumentária e o uso de cabelos conhecidos como “rasta” que adquiriram fortes conotações identitárias, independentemente da filiação religiosa do indivíduo. Atualmente, a estética e a ideologia *rasta* atraem jovens de todas as classes sociais, não importando as suas identidades étnico-raciais, pois a maioria dos admiradores do *reggae* apenas aprecia a cadência peculiar e a estética deste estilo musical.

Disseminada, a *reggae music* influenciou e possibilitou o surgimento de grupos musicais, nos mais diferentes lugares, nos quais bandas e cantores inebriados adaptariam às suas realidades locais a cadência, as letras e os temas, para produzir uma *reggae music* própria que, com o passar do tempo, se misturou com outros ritmos, originando novos estilos musicais. No Brasil, fundiu-se com o samba e deu origem ao *samba-reggae* e, atualmente, há *disk jôqueis* (DJs) que se dedicam a tocar exclusivamente *dub*, variante mais experimental do *reggae*, invariavelmente associada ao farto consumo de *cannabis* e a níveis elevados de “consciência canábica” (SIMUNEK, 2002, p. 128).

Na década de 1960, em São Luís do Maranhão, a música *reggae* começava a ser tocada em algumas “radiolas”<sup>30</sup> espalhadas nos salões da cidade, e, antes mesmo de seus controladores a conhecerem, já era utilizada para animar festas de forró, merengue e lambada. A população da capital maranhense, que

---

<sup>30</sup> Termo usado em São Luís para designar o conjunto de equipamentos de som, comandados por um *disk jôquei*, usado para animar as festas nos diversos salões da cidade.

já era simpática aos rimos caribenhos, logo se identificou com a novidade que chegara aos seus ouvidos. Mesmo com letras em um idioma diferente, ganhou o gosto das camadas populares de maioria negra que lotavam os salões, dançando ao sabor da *reggae music*. Na década de 1980, já se contavam mais de oitenta “radiolas” em São Luís dedicadas exclusivamente a ela. (SILVA, 1995, p. 52).

Na Bahia, em 1972, foi gravada, por Caetano Veloso, em seu álbum *Transa*, “*Nine out of ten*”, uma das primeiras canções *reggae*, no Brasil, de autoria de Gilberto Gil que, em 1977, lançou “Não chores mais”, o primeiro *reggae* de sucesso no país, versão do clássico de Bob Marley “*No woman no cry*”. Em 1978, um bar no Pelourinho – que continua em funcionamento até os dias atuais – adotou o nome de “Bar do Reggae” e passou a tocar exclusivamente *reggaes* como música ambiente. (PINHO, 1997, p. 182).

Na década de 1980, esse estilo já se encontrava consolidado no mercado musical e com admiradores mundo afora, impulsionando a formação de novos grupos musicais. No ano de 1981, dissidentes do bloco “Olodum” fundaram o “Muzenza” que, tendo como ícones Bob Marley, sua música e sua crença, foi o primeiro a se dedicar, exclusivamente, ao samba-reggae em seus desfiles, ficando conhecido como “bloco do reggae”.

Em 1983, surgiu, na capital baiana, um grupo chamado “Legião Rastafári” que congregava jovens, adeptos e simpatizantes das ideias e práticas rastafári para trocar informações, consumir ganja, ouvir música e fazer leituras bíblicas (CUNHA, 1993; SILVA, 1995, p. 14). Ainda em 1983, na cidade de Cachoeira, no Recôncavo baiano, iniciava sua carreira o rastaman Edson Gomes, cantando reggaes com letras de conteúdo semelhante às jamaicanas.



Em agosto de 1988, realizou-se, em São Luiz do Maranhão, o congresso “Reggae: o som da negadinha”, o primeiro especificamente sobre *reggae* (SILVA, 1995, p. 45); no mesmo ano, Edson Gomes teria seus primeiros sucessos conhecidos pela grande mídia: canções como “Malandrinha” e “Samarina”.

No Brasil, o *reggae* é produzido em meio a uma cena musical diferente da jamaicana, uma produção diversificada e marcada por fortes ligações étnicas com a população negra, embora muitos brancos estejam, também, entre seus músicos e público. Nas relações políticas e econômicas, as questões raciais se apresentam de forma diferente assim como a religiosidade que, no Brasil, por exemplo, é fortemente marcada pelo Catolicismo, apesar das muitas outras religiões e cultos existentes, enquanto a base cristã do Rastafarianismo é Protestante.

A *reggae music* e o Rastafarianismo originaram um legado considerável que é também aglutinador das noções de identidade étnica de seus simpatizantes e adeptos, emprestando marcado teor contestatório às suas atividades musicais e religiosas. As mudanças e ressignificações decorrentes das especificidades dos novos contextos sociais brasileiros impuseram novas configurações na produção musical, na religião, na maneira de gerenciar a vida cotidiana e de fazer frente às estigmatizações.

Trabalhos acadêmicos sobre a música *reggae* indicam que a sua difusão no Brasil está ligada, de forma muito mais perceptível, à produção divulgada pelos eixos britânico e norte-americano do que a uma ligação Brasil-Jamaica, mas, apesar de chegar até nós de forma indireta, um dos fatores elencados a respeito da aceitação da *reggae music* aqui no Brasil, em grande parte, mas não exclusivamente, pela população negra, é a de que o público encontra no estilo de vida dos habitantes das

favelas jamaicanas e na sua música elementos com os quais se identifica. (CUNHA, 1993; PINHO, 1997; SILVA, 1995).

Quanto à formação de identidades étnicas, o antropólogo Lívio Sansone (2003, p. 16-21) preconiza a necessidade de lidar com o conceito de *etnicidade* levando em conta os diversificados elementos envolvidos no processo de formação de uma determinada identidade étnica. Recomenda aos pesquisadores que desconstruam, em seus campos, as noções de *raça*, observando os processos de racialização, diferenciando *raça* de *etnia* e *etnia* de *cultura*, pois no contexto brasileiro, devido ao “mito” da democracia racial e ao passado escravista com especificidades próprias, o senso comum e as iniciativas de reconstrução de um identitário pan-africano tendem a igualá-las.

As formas específicas que os conceitos de *raça* e *etnicidade* adquirem no Brasil e no resto da América Latina são diferentes da forma norte-americana que é, claramente, baseada na dicotomia branco-negro. As noções de identidade e cultura na conjuntura brasileira são outras e as relações raciais e culturais se entrelaçam de maneiras variadas e complexas. As intervenções da cultura da globalização são acessíveis de formas diferenciadas nos centros urbanos e nos territórios do interior do país, mesmo com todas as novas tecnologias de comunicação e mídia de massa. Consumir um determinado estilo é mais simples nos grandes centros que nas periferias, de poder econômico reduzido, o que acarreta, também, mudanças nos significados culturais desse consumo.

O mercado de música no Brasil possui uma imensa variedade de oferta de ritmos regionais e globais. Na Bahia, essa multiplicidade de produção musical é notória e mundialmente conhecida e Salvador, nos dias atuais, é a cena musical de vários estilos, dentre os quais o *reggae*, cena musical podendo ser compreendida como o conjunto de demandas e produções

em torno de um determinado estilo musical que surgem após o aglutinamento de indivíduos que compartilham empatia, inclinações estéticas ou ideológicas parecidas. É relevante ressaltar que as pessoas, antes de configurarem uma coligação, estão sujeitas aos tradicionais critérios formadores de identidade como classe, gênero e etnia, segundo Freire Filho e Fernandes (2005).

Atualmente, são inúmeras as bandas de reggae atuantes na cena soteropolitana e, várias dentre elas têm como proposta fazer música espiritual em louvor a Jah com componentes adeptos ao Rastafarianismo. Em Salvador, há, também, a “Associação Beneficente, Cultural e Recreativa União Rastafari”, fundada em 1993, que reúne adeptos da crença Rastafari em diversas atividades.

Na arena política, o uso de *cannabis* e o preconceito ligado a este uso tendem a relegar os Rastafari à categoria de simples drogados, equiparando-os a delinquentes e marginais. Assim, apesar do sucesso da música reggae e do grande número de adeptos do Rastafarianismo, raramente é dada a devida atenção aos preconceitos sofridos pelos rastas.

### **A repressão à ganja e a estigmatização dos rastas**

O senso comum reinante tanto entre o público em geral quanto entre órgãos oficiais concebe qualquer uso de substâncias psicoativas ilícitas como indicativo de toxicomania e de propensão à violência e outras formas de delinquência. Os estudos dedicados à questão das drogas, centrados em perspectivas diferentes das proibicionistas, preconizam a necessidade de observar quais os espaços e tempos que os psicoativos ilícitos ocupam no universo afetivo existencial do indivíduo usuário, pois, desta forma, a compreensão do consumo, suas funções

e finalidades, pode ser alcançada de maneira mais concreta e adequada, ao contrário da abordagem fundamentada em um reducionismo farmacológico. A visão de que a substância assume a autonomia sobre o indivíduo reitera os estereótipos historicamente construídos acerca da questão.

No âmago dos ritos Rastafari, ocorre o que se poderia chamar de “uso ritualmente controlado de psicoativo”, ou seja, a substância psicoativa é utilizada de acordo com as austeras regras de conduta, valores doutrinários e com a estrutura social hierarquizada da religião que, além de propor padrões aos seguidores para a reestruturação da vida, regulamenta os propósitos e as situações para o uso da “ganja”. Diversos autores (BECKER, 1973a e b; ESPINHEIRA, 2004; GRUND, 1993; MACRAE, 2005 e 2008; MACRAE; SIMÕES, 2000; VELHO, 1975; ZINBERG, 1984) têm mostrado que, mesmo em diferentes contextos territoriais e sociais, que acarretam alterações no seu significado cultural, o uso de psicoativos tende a ser regrado e seus efeitos, tanto em nível pessoal quanto social, modelados, de maneira a reduzir os riscos que possam apresentar e a otimizar os resultados.

A *Cannabis sativa*, em diferentes momentos e regiões, vem desempenhando um importante papel em cerimônias religiosas; portanto, o seu uso não é uma inovação espiritual Rastafari. Chamada de *kan*, na Bíblia América, era usada com fins espirituais, lúdicos e terapêuticos desde tempos imemoriais na Índia e na China (ESCOHOTADO, 1994, p. 5-6). Na Mesopotâmia da Antiguidade, era usada como incenso cerimonial; na América, no início do século XX, era fumada em rituais pelas tribos mexicanas dos Tepecano e dos Tepehua, onde foi apelidada, respectivamente, de Rosa Maria e Santa Rosa (BENNETT; OSBURN; OSBURN, 1995, p. 8; EMBODEN JR., 2000, p. 33-4). Na década de 1970, sob antonomásia de Santa Maria, a *can-*

*nabis* passou a integrar os rituais do “Centro Eclético Fluente Luz Universal Raimundo Irineu Serra”, também chamado de CEFLURIS, uma vertente doutrinária da religião sincrética surgida no Acre, na década de 1930, chamada de Santo Daime (cujo sacramento central é a bebida enteógena *ayahuasca*<sup>31</sup>, um psicoativo lícito), liderada pelo carismático Raimundo Irineu Serra, também conhecido como Mestre Irineu. (MACRAE, 2005, p. 466).

Em 1985, a *ayahuasca* foi posta na lista de bebidas proibidas, devido à prisão ocasional, por posse de *cannabis* fora da “Colônia 5.000” (comunidade sede do Centro), de supostos membros do CEFLURIS. A adoção da Santa Maria nos rituais realizados na Colônia 5.000 se integrou às práticas comunais já existentes e o uso de *cannabis*, tanto para fins religiosos quanto terapêuticos, não foi detectado como um problema pela comissão designada para investigar a situação. (MACRAE, 2005).

A *ayahuasca* é parte essencial de todas as cerimônias realizadas no Daime e, atualmente, tem seu uso legalizado, pois as autoridades reconhecem o enfático caráter religioso do seu consumo. Entretanto, o uso da Santa Maria, mesmo de forma isolada em rituais não oficiais, é malvisto pelos membros das outras religiões que fazem uso da *ayahuasca* sob a alegação de que ela não é um sacramento e sim uma droga.

Embora tenham sido os europeus os responsáveis pela introdução do cultivo do cânhamo (*cannabis*), para fins industriais, na América, o hábito de fumá-lo foi, provavelmente, trazido por escravos oriundos de variadas partes do continente africano, ainda nos primeiros anos da colonização (MACRAE; SIMÕES, 2000, p. 19; MOTT, 1986, p. 119), os quais, espalha-

---

<sup>31</sup> Chá composto da mistura do cipó *Banisteriopsis caapi* (popularmente conhecido como “mairi” ou “jagube”) e da folha da *Psychotria viridis* (“chacrona” ou “rainha”), usado para diversos fins por nativos da Amazônia Ocidental e do planalto andino, desde tempos imemoriais. (MACRAE, 2005, p. 461).

dos nos inúmeros países escravistas, disseminaram também outras aplicações medicinais e religiosas dessa planta.

Mas, além dos africanos, outros imigrantes pobres, vindos da Índia após a abolição da escravidão, quando a Jamaica recebeu milhares de trabalhadores hindus, também trouxeram o costume para o Caribe. Entre os adeptos do Hinduísmo clássico há personagens como o eremita, o asceta e o *sadhu* (homem santo) que cultivam um estilo de vida semelhante ao almejado pelos Rastafari, habitando modestas cabanas, criando *dreads* e fumando *cannabis*, também chamada por eles de *ganjah* (nome de origem hindu), em rituais religiosos comunitários. Alguns pesquisadores consideram muito importante, embora pouco reconhecida, essa influência indiana na constituição do Rastafarianismo. (LEE, 1999, p. 121-33).

Na Jamaica, o preconceito relacionado ao uso da “ganja” antecede a formação das diversas seitas Rastafari. Desde o início do século XIX, o uso de psicoativos vem sendo combatido pelo puritanismo da sociedade conservadora norte-americana que, em diferentes momentos, associou ao uso de substâncias psicoativas a origem de vários problemas relacionados a grupos étnicos específicos, uma postura que foi, subsequentemente, exportada para o resto do mundo, inclusive Jamaica e Brasil (ESCOHOTADO, 1994, p. 85-6). Os agricultores negros, na Jamaica, já usavam a erva com fins lúdicos e medicinais há vários séculos, mesmo sendo este uso proibido por lei, e quando as populações rurais migraram para os centros urbanos levaram consigo esse costume, que assumiria, ainda, um forte caráter de contestação à ordem social excludente pela qual eram subjugados.

No Brasil, em 4 de outubro de 1830, a Câmara Municipal da Cidade do Rio de Janeiro proibia o porte e a venda do “pito de pango” (ganja) após as autoridades sanitárias da

época constatarem o seu consumo bastante disseminado entre os escravos. Na época, sabia-se pouco sobre essa planta e, provavelmente, o Decreto Municipal proibitivo tinha a finalidade de evitar um efeito da *cannabis* que nada tem de psicoativo: o efeito aglutinador de indivíduos. O consumo do “pito de pango” se dava de forma coletiva e, temendo que, nessas ocasiões, os escravos pudessem se organizar e fazer motins ou badernas, as autoridades proibiram a erva. De fato, as primeiras prisões registradas envolvendo *cannabis* só seriam registradas, no Rio de Janeiro, a partir do ano de 1933. No resto do país, é a partir de 1940 que se pode perceber uma investida nacional mais incisiva no combate ao problema do “maconhismo”, devido aos interesses dos poderes da época em se adequarem aos moldes internacionais de combate à toxicomania. (ADIALA, 1986; 2006, p. 77; MOTT, 1986, p. 127).

Historicamente, problemas relacionados a grupos étnicos específicos têm sido associados ao consumo de substâncias psicoativas. Nos Estados Unidos, no início do século passado, a corrupção infantil era atribuída aos chineses, usuários de ópio, os negros teriam na cocaína a fonte de suas perversões sexuais, a *cannabis* era a causadora da indolência dos mexicanos e ao álcool era atribuída a imoralidade dos judeus e irlandeses. (ESCOHOTADO, 1994, p. 85-6).

Segundo Richard Bucher (1996, p. 50-1), o combate às drogas serve de “bode expiatório”, encobrendo as origens mais prováveis das mazelas sociais que afligem as mais diversas populações, possibilitando uma política de manutenção de interesses elitistas, influenciando a formação de opinião sobre o assunto e impedindo que o uso de psicoativos ilícitos seja corretamente dimensionado e compreendido por grande parte, quiçá, a maioria da população. Destarte, aqueles que consomem psicoativos ilícitos, incluindo os que não o fazem de for-

ma abusiva, são perseguidos pelas organizações encarregadas de coibir o uso e rotulados de toxicômanos pela maioria dos órgãos que elaboram as estratégias para lidar com o assunto.

## Conclusões

Os rastas são categorizados como “drogados” pelo senso comum, com base no duplo equívoco de considerar que a totalidade dos adeptos a este estilo, *rastaman* ou não, faz uso de ganja e que o uso desta é sempre um sinal de toxicomania.

Além da substância, outros elementos exercem influência no consumo de psicoativos ilícitos. Teóricos dedicados à socioantropologia do uso de substâncias psicoativas ressaltam a importância de vários aspectos a serem observados nas pesquisas sobre a temática: a) a substância, suas propriedades farmacológicas e a disponibilidade da mesma; b) o *set*, ou seja, o estado psíquico do indivíduo no momento do consumo, sua estrutura de personalidade e o seu histórico de vida; e c) o *setting*, que é o contexto social e físico no qual o uso acontece. (BECKER, 1973a; 1973b; ESPINHEIRA, 2004; GRUND, 1993; MACRAE, 2005; 2008; 2009; MACRAE; SIMÕES, 2000; VELHO, 1975; ZINBERG, 1984).

A drogadição está sujeita à quantidade e ao tipo de conhecimento a respeito do uso de psicoativos ilícitos ao qual o consumidor tem acesso. A produção de informação sobre o uso de substâncias ilícitas é oriunda das redes informais que se formam na “cultura da droga” e chega aos neófitos legada por usuários mais experientes e integrados às redes já existentes (BECKER, 1973a; 1973b; GRUND, 1993; VELHO, 1975).

Além do aprendizado sobre o uso, a disponibilidade da substância, a estrutura de vida do usuário e sua disposição para o consumo e os controles sociais informais são relevantes



no tocante à regulação do uso de psicoativos (GRUND, 1993). Os valores e as regras de conduta socialmente aceitáveis, também chamados de sanções sociais, aliados aos padrões de comportamento considerados adequados, ou rituais sociais, são os elementos que constituem os controles sociais informais. (ZINBERG, 1984, p. 5).

O estigma sofrido pelos adeptos e simpatizantes do Rastafarianismo parece decorrer de questões de ordem social mais do que do efeito do uso da ganja que, neste caso, é utilizada para auxiliar a meditação, na alimentação ou no tratamento de doenças, tanto nos ritos como no cotidiano dos adeptos desta religião. Os diversificados usos têm propósitos específicos, que são normatizados e legitimados quando feitos em anuência com as regras do código de conduta, mesmo que informal, no qual se baseia o culto.

O uso de *cannabis* feito pelos adeptos da crença seguiria as austeras recomendações da Holy Piby, embora mudanças no tempo e espaço levem a novas interpretações deste livro adaptadas aos diferentes contextos nos quais o Rastafarianismo é praticado, e esse uso ritualmente controlado pode ser compreendido como um elemento *redutor de danos*<sup>32</sup>, da mesma forma como ocorre entre os seguidores do líder daimista acreano Padrinho Sebastião, que também preconizava um uso sagrado da *cannabis*. (MACRAE, 2005, p. 466; 2009). Esses elementos reguladores do consumo compõem outro aspecto da religiosidade Rastafari, que tem merecido pouca atenção por parte dos pesquisadores e das esferas jurídico-sanitárias que focam suas

---

<sup>32</sup> A redução de danos é uma das maneiras de lidar com a questão do uso de psicoativos. Essa abordagem admite que o uso de substâncias psicoativas, inevitavelmente, vai continuar acontecendo. A política de redução de danos propõe que se ofereçam aos indivíduos usuários informações sobre os diversos psicoativos e suas propriedades para que o uso seja feito da forma menos danosa possível. (BASTOS; MESQUITA, 2001, p. 181-2; MACRAE, 2006, p. 367-8).

ações no combate e na tentativa de extirpação do uso de algumas substâncias psicoativas e, ao fazê-lo, entram em contradição com a Constituição que, a priori, é laica e garante a liberdade de culto para todos os indivíduos.

Mesmo sendo usada desde tempos imemoriais em diferentes cerimônias, a situação ilegal na qual se encontra a *cannabis* e os estereótipos pejorativos evocados pelo uso desta planta dificultam a possível legitimação da sua utilização com finalidades religiosas. Os problemas legais dos seguidores do Rastafarianismo são exemplos do quanto a visão unilateral sobre as questões ligadas ao consumo de psicoativos é intolerante e preconceituosa.

## REFERÊNCIAS

ADIALA, Julio César. **A criminalização dos entorpecentes**. Rio de Janeiro: Independente, dez. 2006.

ADIALA, Júlio César. **O problema da maconha no Brasil**: ensaio sobre racismo e drogas. Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, 1986. p. 1-25. (Estudos, n. 52).

BASTOS, Francisco Inácio; MESQUITA, Fábio. Estratégias de redução de danos. In: SEIBEL, Sérgio Dario; TOSCANO JR., Alfredo. **Dependências de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 181-90.

BECKER, Howard. Becoming a marihuana user. In: \_\_\_\_\_. **Outsiders**: studies in the sociology of deviance. New York: The Free Press, 1973a. p. 41-58.

BECKER, Howard. Consciência, poder e efeito da droga. In: \_\_\_\_\_. **Uma teoria da ação coletiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976. p. 181-204.

BECKER, Howard. Marihuana use and social control. In: \_\_\_\_\_. **Outsiders**: studies in the sociology of deviance. New York: The Free Press, 1973b. p. 59-78.

- BENNETT, Chris; OSBURN, Lynn; OSBURN, Judy. **Green gold, the tree of life**: marijuana in magic & religion. California: Access Unlimited, 1995.
- BUCHER, Richard. **Drogas e sociedade nos tempos da AIDS**. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1996.
- CUNHA, Olívia. M. Gomes da. Fazendo a “coisa certa”: reggae, rastas e pentecostais em Salvador. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 8, n. 23, p. 120-37, 1993.
- EMBODEN JUNIOR, William A. **L’usage rituel du Cannabis sativa L.**: une étude historico-ethnographique. Paris: L’Esprit Frappeur, 2000.
- ESPINHEIRA, Gey. Os tempos e os espaços das drogas. In: TAVARES, Luiz Alberto; et al. **Drogas; tempos, lugares e olhares sobre seu consumo**. Salvador: CETAD/EDUFBA, 2004. p. 11-26.
- FREIRE FILHO, João; FERNANDES, Fernanda Marques. Jovens, espaço urbano e identidade: reflexões sobre o conceito de cena musical. In: INTERCOM – SOCIEDADE BRASILEIRA DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES DA COMUNICAÇÃO. Congresso Brasileiro de Ciências de Comunicação, XXVIII. **Anais...** Rio de Janeiro, UERJ, 2005.
- LEE, Hélène. **Le premier rasta**. Paris: Flammarion, 1999.
- MACRAE, Edward; SIMÕES, Júlio Assis. **Rodas de fumo**: o uso da maconha entre camadas médias urbanas. Salvador: EDUFBA, 2000. (Coleção Drogas: Clínica e Cultura).
- MACRAE, Edward. Abordagens qualitativas na compreensão do uso de psicoativos. In: TAVARES, Luiz Alberto; et al. **Drogas; tempos, lugares e olhares sobre seu consumo**. Salvador: CETAD/EDUFBA, 2004. p. 27-48.
- MACRAE, Edward. Santo Daime e Santa Maria: usos religiosos de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas. In: LABATE, Beatriz Caiuby; GOULART, Sandra. (Orgs.). **O uso ritual da plantas de poder**. Campinas, SP: Mercado das Letras, 2005. p. 459-88.
- MACRAE, Edward. Redução de danos para o uso da cannabis. In: SILVEIRA, Dartiu Xavier da; MOREIRA, Fernanda Gonçalves. (Orgs.).

**Panorama atual de drogas e dependências.** São Paulo: Atheneu, 2006. p. 361-70.

MACRAE, Edward. O uso ritual de substâncias psicoativas na religião do Santo Daime como um exemplo de redução de danos. In: NERY FILHO, Antonio; et al. **Toxicomanias; incidências clínicas e sócio-antropológicas.** Salvador: EDUFBA, 2009. p. 23-36.

MOTT, Luiz. A maconha na história do Brasil. In: HENMAN, Antony; PESSOA JUNIOR, Osvaldo. (Org.). **Diamba Sarabamba:** coletânea de textos brasileiros sobre a maconha. São Paulo: Grund, 1986. p. 117-36.

PINHO, Osmundo de A. “The songs of freedom”: notas etnográficas sobre cultura negra global e práticas culturais locais. In: SANSONE, Livio; SANTOS, Jocélio Teles dos. (Orgs.). **Ritmos em trânsito:** sócio-antropologia da música baiana. São Paulo: Dynamis; Salvador, BA: Programa A Cor da Bahia e Projeto S.A.M.B.A., 1997. p. 181-200.

SANSONE, Livio. **Negritude sem etnicidade:** o local e o global nas relações raciais e na produção cultural negra no Brasil. Salvador: EDUFBA; Pallas, 2003.

SILVA, Carlos Benedito Rodrigues da. **Da terra das primaveras à ilha do amor:** reggae, lazer e identidade cultural. São Luiz: EDUFMA, 1995.

SIMUNEK, Chris. **Paraíso na fumaça:** viagens de um jornalista da *HighTimes*. São Paulo: Conrad Editora do Brasil, 2002.

VELHO, Gilberto. **Nobres e anjos:** um estudo de tóxicos e hierarquia. São Paulo, 1975. 184f. Tese (Doutorado em Antropologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1975.

WHITE, Timothy. **Queimando tudo:** a biografia definitiva de Bob Marley. Rio de Janeiro: Record, 1999.

ZINBERG, Norman M. D. **Drug, set and setting:** the basis for controlled intoxicant use. New Haven: Yale University Press, 1984.

# HISTÓRIA DO CULTIVO INDOOR DA CANNABIS SATIVA

Sergio Vidal<sup>33</sup>

## Introdução

A *Cannabis sativa*, mais conhecida no Brasil pelo nome de maconha, é uma das plantas mais antigas cultivadas pelos seres humanos. Há, pelo menos, 12.000 anos, pessoas de todo o planeta, de diferentes países e tradições culturais fazem uso tanto das suas partes psicoativas quanto daquelas não psicoativas (ABEL, 1980). Seja por suas potencialidades medicinais, nutricionais, pelas utilidades de suas fibras têxteis, de seu óleo combustível ou, ainda, por suas propriedades psicoativas, consumir derivados de *Cannabis* sempre foi algo natural às sociedades humanas.

A mais antiga farmacopeia conhecida, o Pen-ts'ao Ching, é também um dos registros históricos mais antigos sobre o uso medicinal da *cannabis*. O documento foi compilado no primeiro século da Era Cristã, mas é baseado na tradição oral chinesa do Império Shen-Nung (2.700 a.C.). Na época, a *Cannabis* era receitada para dores reumáticas, constipação intestinal e infertilidade feminina, dentre outras doenças. (ZUARDI, 2006).

---

<sup>33</sup> Antropólogo e autor do livro *Cannabis Medicinal: introdução ao cultivo indoor*.

Os antigos Vedas indianos (2.000 a.C.) a mencionavam como uma das plantas sagradas que deveriam ser cultivadas e usadas com respeito. Desde essa época, a tradição indiana reconhecia as propriedades medicinais dos preparados à base da erva: propriedades terapêuticas analgésicas, anticonvulsivas, tranquilizantes, anestésicas, antibióticas, anti-inflamatórias, antiespasmódicas, diuréticas e expectorantes são apenas alguns exemplos dentre os diversos usos relatados. (ZUARDI, 2006).

Nessa época, eram designados para cuidar dos jardins de *cannabis* os denominados *paddars*, homens sagrados responsáveis por todos os cuidados do jardim, desde o cultivo até a preparação do sacramento. Esses sacerdotes jardineiros eram também responsáveis por garantir que os machos fossem eliminados antes que polinizassem as fêmeas, uma das principais técnicas empregadas para assegurar uma boa produção de resina medicinal, tão antiga quanto a relação dos seres humanos com a planta, tendo sido os primeiros a fazer seleções buscando sempre melhorar as linhagens em busca de mais resina e inflorescências.

A *cannabis* se consolidou como medicamento seguro, eficaz e barato, na China e Índia, mas, rapidamente, sua fama se espalhou por todo o mundo. Em 1.000 d.C., médicos árabes a receitavam como diurética, digestiva, analgésica e anticonvulsivante (ZUARDI, 2006). Da Ásia para o Oriente Médio e África, seguiu sendo cultivada e usada para tratar doenças e aliviar os sofrimentos e dores do corpo e da alma. Em 1534, o médico naturalista português Garcia da Orta se mudou para Goa, na Índia, onde passou a estudar a medicina tradicional do povo indiano e o uso de plantas. Em 1563, publicou o livro *Colóquio dos simples e drogas e cousas medicinais da Índia*, trazendo os dados de décadas de seus estudos e descrições detalhadas dos

vegetais de uso medicinal, incluindo os de propriedades psicoativas e, entre eles, está a *cannabis* e sua resina. São quatro páginas dedicadas à descrição da cultura do “banguê”<sup>34</sup> e suas propriedades terapêuticas, incluindo a primeira descrição no Ocidente sobre os efeitos psicoativos referindo-os com o termo “viagens”. (HERER, 2003, p. 179).

No período da Expansão Marítima, houve o aumento de expedições de cunho comercial e exploratório com a participação de naturalistas, herboristas e botânicos em busca das riquezas naturais de cada nova região “descoberta”. Foi nessa época que pesquisadores passaram a se interessar em registrar e descrever as variedades de plantas e animais nativos de cada região e foi, também, quando surgiu o modelo de taxonomia binomial para classificar os seres vivos e as nomenclaturas dadas à maconha que ficaram mais conhecidas – *Cannabis sativa* e *indica*.

Em 1753, Carl Linnaeus, que ficou conhecido como um dos principais criadores da nomenclatura binomial, publicou em seu livro *Species Plantarum* uma descrição da maconha nomeando-a *Cannabis sativa*. Poucos anos depois, em 1783, o biólogo Jean-Baptiste Lamarck encontrou no Oriente uma variedade de *Cannabis* bastante exótica e decidiu que era melhor dar-lhe uma classificação separada. Nascia a nomenclatura *Cannabis indica* e, junto com ela, o mito fundador de que a *Cannabis* tem várias espécies, um equívoco que perdura até hoje no senso comum e, até mesmo, entre alguns cientistas.

Porém, de fato, todas as variedades de *Cannabis* podem ser cruzadas entre si gerando descendência fértil, não sendo, portanto, possível considerá-las espécies distintas. Do século XVIII até meados do século XX, muitos outros entusiastas ten-

---

<sup>34</sup> O banguê é uma bebida sagrada, tradicional na Índia, feita à base de leite de vaca e resina de *Cannabis*.

taram nomear suas próprias “espécies” de maconha sem, no entanto, obterem a popularidade que as nomenclaturas *sativa* e *indica* conseguiram. Atualmente, a maior parte dessas nomenclaturas está em desuso, pois a planta é considerada da espécie *Cannabis sativa*, sendo os outros nomes mais usados como sinônimos de fenótipos da planta, ajudando os cultivadores a descreverem grandes conjuntos de características de uma linhagem (Ver Quadro 1). (CLARKE, 1981, p. 158).

DATA	NOMENCLATURA	AUTOR
1587	Cannabis	D’Ale’champs
1623	C. sativa	Caspas Bauhin
	C. erratica	
1738	C. foliis	Carl Linnaeus na obra Hortus Cliffortianus
	C. digitalis	
<b>1753</b>	<b>C. sativa</b>	<b>Carl Linnaeus na obra Species Plantarum</b>
1782	C. foetens	Gilibert
1783	C. chinensis	Jean-Baptiste de Lamarck
	C. orientalis	
	C. indica	
1796	C. erratica	Sievers
1812	C. macrosperma	Stokes
1849	C. lupulus	Scopoli
	C. chinensis	Delile
1867	C. monoica	Holuby
1869	C. vulgaris	Candolle
	C. pedemontana	
1905	C. generalis	Kraus
1908	C. americana	Houghton
1917	C. gigantea	Crevost
1924	C. ruderalis	Janischewsky
1936	C. pedemontana	Camp
1960	C. intersita	Sojak
	C. culta	Mansfield

**Quadro 1** – Cannabis – Nomenclatura, autor e data



A partir do século XIX, a medicina ocidental descobriu a *Cannabis* e passou a testar suas propriedades através dos seus métodos “objetivos”. Desse período, os trabalhos mais conhecidos são os do psiquiatra francês Jacques-Joseph Moreau e do médico irlandês William B. O’Shaughnessy. Na segunda metade do século XIX, já existiam mais de cem artigos científicos sobre as propriedades medicinais da planta. (ZUARDI, 2006).

Durante as últimas décadas do século XIX e as primeiras do século XX, a eugenia, um paradigma científico que se ampara na teoria evolucionista para afirmar que é importante atuar rigorosamente, de forma seletiva, na reprodução, para garantir a “evolução” das espécies, foi utilizada para justificar políticas de controle social e cultural, de cunho racista e persecutório, impostas às práticas culturais de populações consideradas “inferiores”. Dentre os maiores exemplos históricos desse uso do paradigma eugenista por parte do Estado estão as políticas de controle das populações consideradas “indesejáveis”, como judeus, ciganos, homossexuais, dentre outras, durante regimes nazistas e fascistas na Alemanha e em outros países, na primeira metade do século XX.

No Brasil, a partir de 1910, alguns cientistas como Rodrigues Dória, Francisco Iglesias e seus discípulos e colaboradores passaram a divulgar e descrever, em artigos e congressos científicos internacionais, suas teorias sobre o comportamento considerado por eles e outros eugenistas como naturais das populações de origem africana relacionando-o com os efeitos farmacológicos da *Cannabis*. Segundo suas teorias, no Brasil, a planta causaria em seus consumidores “degeneração mental e moral”, “analgesia/entorpecimento”, “vício/compulsão”, “loucura, psicose e crime” e esses efeitos seriam os responsáveis pelo comportamento atribuído por esses cientistas à natureza das populações de origem africana, que seriam caracterizadas pela

“ignorância”, “resistência física”, “intemperança”, “fetichismo” e “criminalidade”. (ADIALA, 1986, 2006; RODRIGUES, 2004).

Essas ideias se difundiram, facilmente, no ambiente acadêmico da época quando muitos dos conceitos ligados às teses eugênicas estavam no auge de sua influência nos meios científicos do país. O álcool e outras drogas eram considerados “venenos sociais” e o hábito de consumi-los uma doença socialmente transmissível (STEPAN, 2005). A teoria eugênica da relação entre o consumo de maconha e a natureza das populações africanas foi aceita no meio acadêmico e na sociedade em geral e alcançou repercussões nacionais e internacionais. As posições do Dr. Rodrigues Dória sobre o que ele chamou de “vingança africana” podem ser resumidas no trecho que encerra sua comunicação no Segundo Congresso Científico Pan-americano, realizado em Washington, em 1915:

A raça preta, selvagem e ignorante, resistente, mas intemperante, se em determinadas circunstâncias prestou grandes serviços aos brancos, seus irmãos mais adiantados em civilização, dando-lhes, pelo seu trabalho corporal, fortuna e comodidades, estragando o robusto organismo no vício de fumar a erva maravilhosa, que, nos estases fantásticos, lhe faria rever talvez as areais ardentes e os desertos sem fim de sua adorada e saudosa pátria, inoculou também o mal nos que o afastaram da terra querida, lhe roubaram a liberdade preciosa, e lhe sugaram a seiva reconstitutiva. (1915, p. 37).

Até esse período, em diferentes contextos, a cultura da maconha no Brasil fora bem aceita e até incentivada, principalmente durante o século XIX. No entanto, ao longo do tempo, a relação da sociedade civil e do Estado brasileiro com a planta sofreu modificações profundas, culminando na proibição do

seu cultivo. De 1876, ano em que o Almach de São Paulo colocava o cânhamo entre as principais culturas daquele estado (FONSECA, 1994, p. 19), a 1932, quando cultivar maconha passou a ser proibido em todo o território brasileiro, haviam se passado apenas 56 anos e, no entanto, a relação dos brasileiros com a planta *Cannabis sativa* e seus inúmeros usos havia se transformado completamente. A planta que todos haviam se acostumado a ver crescer em quintais e jardins, que era vendida nas feiras e consumida por suas propriedades medicinais e industriais, passou a ser considerada pelo governo como um dos grandes inimigos da nação. Sua história foi sistematicamente apagada e seus usuários perseguidos, criminalizados e discriminados até hoje.

Uma planta inteira foi condenada por causa do fumo feito com as flores dos espécimes fêmeas, sobretudo por causa do preconceito com as populações negras que, tradicionalmente, fumavam a planta. Nesse processo, não só a planta ou os que a fumam saíram perdendo, mas, todos nós deixamos de ganhar com os possíveis benefícios de um mercado regulamentado e ainda sofremos, de forma violenta, as consequências da proibição e do mercado criminalizado.

O cânhamo, cujo plantio e exploração eram permitidos e incentivados desde D. João VI e que ajudou a vestir, alimentar, curar, dar conforto e civilizar muitas gerações antes de nós, agora é visto apenas como maconha, a “planta da loucura”. A partir da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) pode emitir uma Autorização Especial para que instituições de pesquisa ou empresas possam cultivá-la, desde que exclusivamente para fins de uso medicinal ou de pesquisa científica. No entanto, a proibição do uso recreativo da planta atingiu todos os seus outros usos e, hoje, é quase impossível conseguir autorização de cultivá-la para quaisquer

fins. O preconceito e os tabus em torno da planta e seus usos é tão grande que inviabilizam até mesmo as pesquisas que envolvam o vegetal *in natura*, ou que necessitem do seu cultivo para serem realizadas. Por isso, não se tem notícia de qualquer uso medicinal autorizado da planta sendo feito no país.

## História do cultivo indoor

As primeiras experiências com lâmpadas para simular a luz do sol surgiram muito antes de elas terem sido adaptadas para o cultivo de *cannabis*. Em 1893, o botânico Liberty Hyde Bailey utilizou lâmpadas de arco voltaico, as avós das modernas lâmpadas de vapor metálico e sódio, para testar os efeitos da radiação ultravioleta na vida das plantas.

Em 1920, dois cientistas que trabalhavam para o governo dos EUA, com pesquisas sobre o cultivo de tabaco, descobriram as primeiras pistas sobre a relação do fotoperíodo com o processo de florescimento. W. W. Garner e H. A. Allard passaram, então, a classificar as plantas de acordo com sua relação com a duração dos dias e das noites. Eles descobriram que algumas plantas, como crisântemo, gardênia e poinsettia (bico de papagaio), dentre outras, só floresciam quando os dias eram mais curtos que as noites (como acontece com a *cannabis*); outras, como o cravo, a begônia e a aveia, por exemplo, florescem quando os dias são mais longos que as noites e um terceiro grupo de plantas, do qual fazem parte a rosa e o tomate, dentre outras, florescem independentemente do fotoperíodo, concluindo que não apenas a intensidade da luz, mas, também, a quantidade de horas a que a ela ficavam submetidas influenciava no tipo de crescimento das plantas. Essa descoberta possibilitou

que os pesquisadores aperfeiçoassem o uso de lâmpadas para simular a luz do sol e cultivar plantas em ambientes *indoor*.

No início da década de 1950, o botânico Elvin McDonald começou a procurar parceiros para a criação de uma rede de interessados em jardinagem. Em 1951, conheceu a jardineira Peggie Schulz, com quem passou a trabalhar em revistas e publicações especializadas. Em 1955, Schulz lançou a obra *Growing plants under artificial light*, que foi o livro mais antigo que encontrei a respeito do tema. Em 1965, Elvin McDonald lançou *The complete book of gardening under lights*.

Na década de 1960, o cultivo de plantas ornamentais com o uso de iluminação artificial virou febre nos EUA e em diversos países da Europa o que fez surgir diversas revistas populares e, também, periódicos técnicos especializados no tema. A jardinagem *indoor* passou a ser um hábito bastante difundido entre as diferentes classes urbanas, tornando-se comum ver salas de estar e cozinhas decoradas com canteiros de plantas iluminadas por lâmpadas. Nessa mesma época, começaram também a surgir as primeiras publicações especializadas sobre o cultivo de *cannabis* utilizando tais técnicas.

No início, os principais veículos de divulgação dessa cultura eram os relatos orais. Em 1966, uma coletânea de artigos sobre cultivo da planta foi publicada sob o título *How to grow the finest marijuana indoors under lights*<sup>35</sup>. A partir dessa época, surgiu uma série de outras publicações, principalmente em língua inglesa, sistematizando, compilando e, principalmente, divulgando e registrando as informações relacionadas às técnicas de cultivo.

A partir da década de 1970, ampliaram-se os esforços de repressão ao comércio ilegal de maconha em todo o mundo,

---

<sup>35</sup> É possível que haja publicações mais antigas sobre o tema, mas essa foi a mais antiga que encontrei em minha pesquisa.

especialmente nas Américas. No movimento, que ficou denominado como “*War on drugs*”<sup>36</sup> (“Guerra às drogas”), diversos países do mundo começaram a colocar em prática versões cada vez mais proibicionistas da Convenção Única sobre Drogas Narcóticas, da ONU, de 1961, e intensificaram o combate ao mercado ilegal de maconha e outras drogas. No Brasil, isso se traduziu em operações de erradicação de cultivos no Norte e Nordeste do país e na intensificação da repressão ao tráfico nas fronteiras e nos centros urbanos.

Em 1973, o governo do presidente estadunidense Richard Nixon criou a *Drug Enforcement Administration* (DEA), com poderes para atuar realizando revistas, escutas e visitas a domicílios sem necessidade de mandado e centralizando em nível federal todos os órgãos e agências relacionados às drogas ilícitas. Em 1975, a agência lançou uma série de atuações, buscando a supressão do fornecimento de maconha, pulverizando plantações mexicanas com o herbicida Paraquat®<sup>37</sup>. Em 1979, após quatro anos de pulverizações, o Secretário de Saúde dos EUA publicou alertas, em diversos meios de comunicação, afirmando que fumar a marijuana fumigada com o herbicida poderia causar danos permanentes, câncer e levar à morte.

No mesmo ano, o DEA iniciou o *Domestic Cannabis Eradication and Suppression Program* e as operações de erradicação de cultivos da planta dentro do país, antes restritas ao Havaí e Califórnia, passaram a ocorrer também em mais outros cin-

---

<sup>36</sup> O conceito de Guerra às Drogas é intrinsecamente etnocêntrico, já que drogas são plantas e vegetais naturalmente presentes no habitat de alguns grupos humanos e, assim, o combate se faz, de fato, às populações que consideram normal o uso de uma ou outra destas substâncias.

<sup>37</sup> O Paraquat® é um dos nomes comerciais do conhecido “agente laranja”, substância desfoliante utilizada pelo Exército dos EUA durante a Guerra do Vietnã para exterminar as florestas vietnamitas, esperando, com isso, facilitar a identificação das bases consideradas inimigas e contaminar reservatórios de água.

quenta estados (DEA, 2007). Em 1981, depois que o governo pulverizou plantações no estado da Geórgia e recebeu diversas críticas, a empresa distribuidora do Paraquat® nos EUA declarou publicamente que “a etiqueta do produto exibe a palavra ‘veneno, com uma caveira e ossos cruzados como insígnia, mas aterrorizar populações para forçá-las a mudar comportamentos sociais não está entre os usos registrados do produto’”. Após o ocorrido, a Agência de Proteção Ambiental nos EUA proibiu o comércio do produto em solo estadunidense. (JELSM, 2001).

A intensa campanha do governo dos EUA fez com que as pessoas que consumiam *cannabis*, preocupadas com sua saúde, passassem a evitar os fumos cujas procedências ou aparências levantassem a menor suspeita de que suas origens fossem campos contaminados com Paraquat® ou outros químicos. No entanto, o consumo não parou e as pessoas que usavam *cannabis* tiveram apenas que inserir no seu rol de preocupações o cuidado com a procedência do fumo. Por outro lado, tais campanhas conseguiram, de fato, diminuir os canais de oferta do produto em um momento específico em que a demanda era crescente. A escassez de oferta fez com que os cidadãos dos EUA passassem a buscar no cultivo da planta colheitas que lhes permitissem ficar independentes do mercado fornecedor.

A partir da década de 1970, as informações sobre cultivo de *cannabis* passaram a ser publicadas com maior frequência e intensidade. Em 1974, foi fundada, nos EUA, a *High Times Magazine*, primeira revista especializada em cultura canábica editada até hoje. Diversos guias de cultivo também foram publicados nesse período, como: 1969 – *A comprehensive guide to the English-language literature on cannabis*, de Gainage e Zerkin; e *The complete cannabis cultivator*, de Superweed; 1970 – *The cultivators handbook of marijuana*, de Drake; e *Super Grass grower’s guide*, de Superweed; 1971 – *The connoisseur’s handbook of marijuana*, de Drake; e *Gardening indoors under lights*, de Kranz

e Kranz; 1973 – *How to grow marijuana indoors under lights*, de Stevens; 1974 – *The international cultivators handbook*, de Drake; *A guide to growing cannabis under fluorescents*, de Faber; *A complete guide to growing marihuana*, de Fleming; *The indoor outdoor highest quality marijuana grower's guide*, de Frank e Rosenthal; *Plants under lights*, de Kramer; e *How to grow marijuana indoors under light*, de Murphy; 1975 – *Ancient and modern methods of growing Marijuana*, de Fitch e Gottlieb; 1976 – *Sinsemilla marijuana flowers*, de Richardson e Woods; e *How to grow marijuana hydroponically*, de Daniels; 1977 – *The botany and ecology of cannabis*, de Clarke; *Garden under light*, de Murphy; e *Growing marijuana*, de Oakum; 1978 – *Marijuana grower's guide: deluxe edition*, de Frank e Rosenthal; e *A guide to growing marijuana in the British Isles*, de Irving; 1979 – *Marijuana: the cultivators handbook*, de Drake; e *How to grow the finest marijuana indoors*, de Stevens. Essas obras criaram um meio físico de divulgação para os saberes relacionados ao cultivo da planta até então transmitidos apenas oralmente e ampliaram as fontes de consulta para milhares de leitores.

Embora sempre tenha existido a cultura da maconha há milhares de anos, somente no início na década de 1960 os usuários começaram a redescobrir os saberes sobre o cultivo da planta. Nesse movimento, diversos conhecimentos relacionados com a botânica, a agricultura e outras ciências têm sido resgatados e difundidos, de forma massiva, através de livros, revistas, sites e outros veículos, um fenômeno que alguns autores têm chamado de cultura ultramoderna da *Cannabis* (GAMMELLA; RODRIGO, 2004). A ONU tem chamado, em um tom alarmante, de “reengenharia da Cannabis” e “redescoberta da maconha sem sementes” (UNODC, 2006, p. 155-96).

Até a década de 1970, o empreendimento de cultivo *indoor* era considerado muito dispendioso, pois as variedades



que cresciam no México, Jamaica, Colômbia e outros países da América do Sul não se desenvolviam muito bem na maioria das regiões dos EUA e não eram muito adaptadas aos cultivos *indoor* já que necessitam de muita iluminação, mais espaço e um maior tempo de maturação das flores.

Nesse período, *hippies* que viajavam por países como Marrocos, Paquistão, Afeganistão, visitando comunidades das regiões que ficaram conhecidas como *The hashish trail*, levaram para os EUA sementes de variedades *indica*, cultivadas, tradicionalmente, há dezenas de gerações. A partir dessas sementes selecionadas, os cultivadores passaram a fazer cruzamentos entre as diversas variedades que tinham à mão, obtendo espécimes *sui generis*, que mantinham características de ambos os fenótipos, *indica* e *sativa*.

Com o tempo, os cultivadores desenvolveram linhagens da planta mais adaptadas ao cultivo *indoor*, com características como floração densa, alta produção de resina e ciclo de vida curto, juntando o “melhor” da *indica* e da *sativa*. Nesse período, foram desenvolvidas variedades como *Skunk*, *Big bud*, *Haze*, *Califórnia orange* e *Northern lights*, dentre outras, ganhadoras de diversos festivais de colheita e base para variedades muito valorizadas no atual mercado legal de sementes. (POLLAN, 2002, p. 128-39).

Só para se ter uma ideia da variabilidade genética da *Cannabis*, em 2003, o mercado contava com mais de 450 variedades registradas das quais muitas com origens genéticas em plantas nativas de países como Jamaica, Colômbia, México, EUA e Brasil, além de países da Ásia e África (GREEN, 2003, p. 16). Muitas linhagens nativas ou *landraces*<sup>38</sup>, têm origem

---

<sup>38</sup> Linhagens que não sofreram hibridização e que, por isso, mantém as características desenvolvidas em um habitat específico de uma determinada região do planeta.

em países onde o cultivo da *Cannabis* é bastante reprimido. No entanto, os espécimes mais apreciados pelos criadores são provenientes de *landraces*, porque guardam possibilidades genéticas ainda não exploradas.

O exemplo do Brasil pode ilustrar bem o caso de países com políticas repressoras que exportam qualidade genética sem que a maioria dos seus cidadãos sequer imagine. Variedades como *Bahia Black Head*, *Black Widow*, *White Widow*, *El Niño*, *Leda Uno*, *Medicine Man*, *White Shark*, *Great White Shark* são apenas alguns exemplos de marcas registradas em propriedade de bancos de sementes holandesas, ganhadoras de prêmios internacionais, que têm origens genéticas em plantas nativas brasileiras. (ROSENTHAL, 2001).

Tudo o que os cultivadores do período da “redescoberta” fizeram foi utilizar o maior número de técnicas agrícolas já existentes, adaptando-as às especificidades botânicas da *Cannabis*. A necessidade de usar cultivos com lâmpadas impôs novos fatores a serem considerados na seleção dos espécimes que iriam ser reproduzidos e, nesse processo, as experimentações com diferentes linhagens da planta resultaram em variedades cada vez mais adaptadas às condições desse tipo de cultivo.

Em 1983, Jorge Cervantes, atualmente considerado um dos maiores especialistas no tema, publicou seu primeiro livro, de forma artesanal e com a ajuda da esposa. Nascia o *Indoor Marijuana Horticulture*, com 96 páginas, em preto e branco, discutindo as noções básicas do assunto. Em 1985, dois anos depois, ele publicou uma edição ampliada, com 288 páginas, que passou a ser apelidada pelos cultivadores de “A Bíblia”.

Em 1993, “A Bíblia” ganhou nova edição, com 320 páginas e passou a adotar, oficialmente, em seu título, o apelido dado pelos cultivadores. A quarta edição, em 2001, passou a contar com 432 páginas, 200 fotos e ilustrações coloridas. Em

2005, “A Bíblia” ganhou seu formato atual, com 512 páginas totalmente coloridas e mais de 1.100 ilustrações e fotos.

Mais especificamente para o público brasileiro, outras fontes de informações começaram a surgir, apenas, a partir da década de 2000. Em 2002, foi fundado o *Growroom*, um fórum brasileiro sobre *Cannabis sativa*, voltado especialmente para o cultivo. Atualmente, o *Growroom* é o principal espaço em português a respeito de tudo que é relacionado com a planta, seus usos e usuários, especialmente, com a cultura do cultivo para uso pessoal.

Hoje, apesar de a *Cannabis* continuar proibida, existem inúmeros livros, revistas, programas de TV, de rádio, sites, fóruns e outros espaços especializados no assunto. Todos eles são importantes fontes de conhecimento a respeito do cultivo de *Cannabis* medicinal. Por mais contraditório que seja, se hoje existe a possibilidade de uma Autorização Especial que permite cultivar *Cannabis* para fins medicinais, devemos a esses cultivadores clandestinos o fato de ela não ter sido totalmente exterminada.

## Considerações finais

Mesmo tendo proporcionado o ressurgimento da cultura do cultivo de *cannabis*, as técnicas de plantio que utilizam lâmpadas para simular a luz do sol se desenvolveram graças às políticas proibicionistas adotadas em quase todos os países do mundo. A maior parte dos cultivadores afirma que nenhuma lâmpada pode substituir o sol e que, plantas cultivadas em ambientes externos são sempre mais vigorosas, além de os custos da produção serem bem menores. A preferência por cultivar usando técnicas *indoor* se dá, predominantemente, pela necessidade de ocultar o empreendimento de olhares de curiosos e dos operadores da lei. A maior parte dos usuários que entre-

vistei até hoje, afirma que jamais optaria pelo uso de lâmpadas caso o cultivo de *cannabis* não fosse proibido. (VIDAL, 2010).

Além de os custos de produção serem mais altos para os usuários, o cultivo de *cannabis* com o uso de técnicas *indoor* tem um impacto considerável para o meio ambiente devido aos intensos gastos de energia elétrica relacionados a esse tipo de operação. No Brasil, ainda são raras as operações de cultivo *indoor* com fins comerciais. Mas, tanto na Europa como nos EUA, esse tipo de empreendimento é cada vez mais comum, já ocorrendo desde a década de 1980, conforme relatado anteriormente.

É difícil estimar quais os impactos exatos do alastramento das operações de cultivo *indoor* para fins comerciais, mas o crescimento do consumo dos derivados da planta nas últimas décadas nos dá uma noção de como esse mercado é cada vez mais amplo. Qualquer política pública que se proponha a regulamentar o cultivo de *cannabis*, seja para fins medicinais, comerciais ou apenas para o uso pessoal, precisa se debruçar sobre essa questão e criar mecanismos de regulação e controle para o abuso do uso das técnicas *indoor*.

Nos EUA, muitas dessas operações são realizadas utilizando geradores à base de óleo diesel. Essa estratégia evita que as casas de cultivo sejam identificadas através da contagem de energia elétrica. Só na região de Humboldt, na Califórnia, uma das maiores produtoras de *Cannabis* em larga escala, estima-se que o consumo seja em torno de 4.000 litros de diesel por colheita. Nessa região, os produtores chegam a consumir até 90 milhões de kilowatts por hora, o suficiente para abastecer cerca de 13.000 residências comuns, nos padrões de consumo estadunidenses, liberando cerca de 20.000 toneladas métricas de gás carbônico na atmosfera<sup>39</sup>.

---

<sup>39</sup> Cf. **Marijuana Pollution**. Disponível em: <<http://ideas.blogs.nytimes.com/2010/05/28/marijuana-pollution>>.

Enquanto não se discute, efetivamente, a regulamentação do uso da *Cannabis*, os usuários e cultivadores continuam priorizando o acesso à substância, em detrimento das preocupações com o uso de energia elétrica e com os impactos do cultivo para o meio ambiente. Como na maioria das atividades clandestinas, a prioridade é a segurança da operação. Nesse caso, cabe aos legisladores e operadores do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD) desenvolverem estudos de viabilidade desse tipo de empreendimento bem como elaborarem e colocarem em prática formas de mantê-los sob controle.

## REFERÊNCIAS

- ABEL, E. L. **Marihuana**: the first twelve thousand years. New York: Plenum Press, 1980.
- ADIALA, Julio César. **A criminalização dos entorpecentes**. Rio de Janeiro: Independente, dez. 2006.
- ADIALA, Júlio César. **O problema da maconha no Brasil**: ensaio sobre racismo e drogas. Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, 1986. p. 1-25. (Estudos, n. 52).
- CARVER, George W. (Org.). **How to grow the finest marijuana indoors under lights**: paperback, 1966.
- CERVANTES, Jorge. **Marihuana**; horticultura del cannabis: la biblia del cultivador médico de interior e exterior. Espanha: Van Patten Publishing, 2007.
- CLARKE, Robert Connell. **The botany and ecology of cannabis**. California: Pods Press, 1977.
- CLARKE, Robert Connell. **Marijuana botany**: the propagation and breeding of distinctive cannabis. Berkeley, California: And/or Press, 1981.
- DANIELS, P. **How to grow marijuana hydroponically**. EUA: Sun Magic Publishing, 1976.

- DRAKE, B. **Marijuana; the cultivators handbook**. Berkeley: Wingbow Press, 1979.
- DRAKE, B. **The connoisseur's handbook of marijuana**. San Francisco: Straight Arrow Books, 1971.
- DRAKE, B. **The cultivators handbook of marijuana**. Agrarian Reform Company, 1970.
- DRAKE, B. **The international cultivators handbook**. Berkeley: Wingbow Press, 1974.
- FABER, C. E. A guide to growing cannabis under fluorescents (1974). In: GOTTLIEB, Adam. **Cannabis underground library**. Berkeley, CA: Ronin Publishing, 1980.
- FLEMING, D. **A complete guide to growing marihuana**. San Diego, CA: Sundance Press, 1974.
- FONSECA, G. **O submundo dos tóxicos em São Paulo (Séc. XVIII, XIX e XX)**. São Paulo: Resenha Tributária, 1994.
- FRANK, M.; ROSENTHAL, E. **The indoor outdoor highest quality marijuana grower's guide**. San Francisco: Level Press, 1974.
- FRANK, M.; ROSENTHAL, E. **Marijuana grower's guide: deluxe edition**. Berkeley, CA: And/Or Press, 1978.
- GAINAGE, M.; ZERKIN, E. L. **A comprehensive guide to the English-language literature on cannabis**. Madison: Stash Press, 1969.
- GAMELLA, J. F.; RODRIGO, M. L. J. **La cultura cannabica en España: la construcción de una tradición ultramoderna**. 2004. Disponível em: <[http://www.fundacionmhm.org/pdf/ Mono5/ Articulos/articulo2.pdf](http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono5/Articulos/articulo2.pdf)>.
- GIERINGER, D. et al. Vaporizer combines efficient delivery THC with effective suppression of pyrolytic compounds. **Journal of Cannabis Therapeutics**, v. 4, 2004. Disponível em: <<http://www.canorml.org/healthfacts/jcantgieringervapor.pdf>>.
- GOTTLIEB, Adam. Ancient and modern methods of growing Marijuana. (1975). In: CANNABIS UNDERGROUND LIBRARY. Berkeley, CA: Ronin Publishing, 1980.

GREEN, G. **The cannabis grow bible**. California: Green Candy Press, 2003.

HERER, J. **O rei vai nu: o cânhamo e a conspiração contra a marijuana**. Portugal, 2003.

IRVING, D. **A guide to growing marijuana in the British Isles**. London: Hassle Free Press, 1978.

IRVING, Gregory. **El jardín interior: cultivar en sustrato de coco: guía paso a paso**. Positive Publishers, 2003.

KRAMER, J. **Plants under lights**. Hardcover, 1974.

KRANZ, J. L.; KRANZ, F. H. **Gardening indoors under lights**. Hardcover, 1971.

MACRAE, Edward; SIMÕES, Júlio Assis. **Rodas de fumo: o uso da maconha entre camadas médias urbanas**. Salvador: EDUFBA, 2000. (Coleção Drogas: Clínica e Cultura).

MCDONALD, Vin; BOURKE, Kathleen. **The complete book of gardening under lights: paperback**, 1964.

MURPHY, Stevens. **Garden under light**. Hardcover, 1977.

MURPHY, Stevens. **How to grow marijuana indoors under light**. 1974.

OAKUM, O. Growing marijuana. In: NEW ENGLAND (and other cold climates). Ashville – ME: Cobblesmith, 1977.

ORTA G. **Coloquios dos simples e drogas da Índia**. Lisboa: Academia Real das Sciencias de Lisboa; Imprensa Nacional, 1891.

RICHARDSON, J.; WOODS, A. **Sinsemilla marijuana flowers**. Berkeley: And/Or Press, 1976.

ROSENTHAL, E. **The big book of buds**. Canada: Quick American Archives, 2001.

STEVENS, M. **How to grow marijuana indoors under lights**. Seattle, WA: Sun Magic Publishing, 1973.

STEVENS, M. **How to grow the finest marijuana indoors**. Seattle, WA: Sun Magic Publishing, 1979.

SUPERWEED, M. J. **The complete cannabis cultivator**. San Francisco: Stone Kingdom Syndicate, 1969.

SUPERWEED, M. J. Super grass grower's guide. (1970). In: CANNABIS UNDERGROUND LIBRARY. Berkeley, CA: Ronin Publishing, 1980.

VIDAL, S. **Colhendo kylobytes**: o growroom e a cultura do cultivo de maconha no Brasil. Universidade Federal da Bahia, 2010.

WINTERBORNE, J. **Cannabis cultivation**: trees of life at the University of London. Pukka Press, 2008.

ZUARDI, A. W. História da cannabis como medicamento: uma revisão. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 28, n. 2, p. 153-157, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462006000200015&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000200015&lng=en&nrm=iso&tlng=en)>.



# TORNANDO-SE UM USUÁRIO DE CRACK

*Luana Malheiros*<sup>40</sup>

## Introdução

Qualquer investigador que se debruce sobre a questão do uso de drogas, focando no uso de crack entre a população de rua, se depara com uma grande quantidade de pesquisas que visam detectar os efeitos danosos desse uso na história de vida do sujeito, enfatizando, apenas, aspectos farmacológicos da atuação da substância no corpo. Inúmeras são as pesquisas que realçam o caráter desestruturador do crack em diversas dimensões da vida do sujeito (FERRI et al., 1997; DUNN et al., 1996; CHEN; ANTHONY, 2004). Como tais pesquisas levam em consideração apenas os usos problemáticos desta substância, cria-se o consenso de que o uso continuado de crack acarreta, necessariamente, usos disfuncionais, uma generalização que acaba por encobrir outras modalidades de uso menos danosas e mais funcionais. Há, portanto, uma ausência de pesquisas que busquem analisar o indivíduo que usa crack em seu contexto de vida cotidiana, suas redes de sociabilidade e os rituais de uso da substância.

A pesquisa que gerou este artigo teve como objetivo principal observar como os usos de substâncias psicoativas (mais precisamente, o crack) são integrados nas trajetórias, estilos

---

<sup>40</sup> Antropóloga. Programa de Saúde Coletiva/Saúde Mental do ISC/UFBA.

de vida e no contexto sociocultural em que se encontram os que dele fazem uso.<sup>41</sup> Para isso, foi necessário recorrer a uma bibliografia que permitisse tornar compreensível outros determinantes para o uso de drogas. Autores como Norman Zinberg (1984), Jean-Paul Grund (1993) e Howard Becker (1966; 1976) são referências capitais para a compreensão dos aspectos socioculturais do uso de drogas. Para além de observar os aspectos farmacológicos do uso de substâncias psicoativas, esses autores atentam para a observação do *set* (a atitude do indivíduo no momento do consumo, focando, também, a sua estrutura de personalidade e expectativas sobre a experiência) e o *setting* (o ambiente físico e social no qual ocorre o uso).

### Sacizeiro, usuário e patrão: a “carreira” do consumidor de crack

Durante o trabalho de campo realizado nos circuitos de consumo de crack em Salvador, Bahia – Centro Histórico – eu buscava compreender principalmente, como se forma uma “carreira de uso de crack”, a partir da análise de trajetórias de consumo. O suporte metodológico foi o método utilizado por Becker, na década de 1950, com usuários de maconha. Assim como Becker, estava interessada em apreender a forma como os meus interlocutores montam o conhecimento necessário para iniciar o consumo de crack, como esse conhecimento é adquirido e compartilhado na sua rede de sociabilidades e como constroem noções sobre formas seguras de uso da substância.

---

<sup>41</sup> MALHEIRO, L. S. B. **Sacizeiro, usuário e patrão**: um estudo etnográfico sobre consumidores de crack no Centro Histórico de Salvador. Monografia apresentada ao Departamento de Antropologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia.

Por serem indivíduos com histórico de 8 a 15 anos de uso da substância, estava particularmente interessada em conhecer como se fixa e constrói a “cultura da droga”, segundo Becker (1976), “um conjunto de entendimentos comuns sobre a droga, suas características e a maneira como ela pode ser melhor usada”.

As entrevistas em profundidade, com o foco nas trajetórias de consumo de drogas, foram particularmente interessantes para compreender a formação e o fortalecimento da cultura de uso do crack ao longo da vida do sujeito investigado e da formação da sua “carreira de uso”. Por carreira de consumidor, entende-se, segundo Becker (1966):

[...] uma seqüência de etapas reconhecidas e valorizadas pelos consumidores, a partir de suas experiências com a substância e dos modos de reação que desenvolveram em relação aos vários controles sociais relativos ao consumo de drogas: segredo, maneiras de manter o uso de drogas, e a postura diante da moral vigente.

No seu estudo com usuários de maconha, Becker (1966) mostra como atitudes individuais são modificadas a partir da experiência com a substância em suas etapas de aprendizado e identifica três etapas: a primeira seria a de aprender a técnica de uso da substância; em seguida, seria o aprendizado acerca da percepção quanto aos efeitos; e, por fim, estaria o aprender a desfrutar os efeitos da substância. Depois dessa etapa, o consumidor passa por três outras etapas – a do iniciante, a do usuário ocasional e a do uso regular. O estudo de Becker sobre as etapas de aprendizado com a experiência psicoativa foi um dos trabalhos que guiaram as minhas observações de campo e, assim, procurei perceber as categorias nativas que descrevem as etapas do consumidor.

Foram, também, de fundamental importância, para a compreensão das modalidades de uso da substância bem como do estabelecimento de controles sociais informais que agiriam na regulação do uso, os trabalhos de Norman Zinberg (1984) e Jean Paul Grund (1993) cuja posição teórica me levou à opção de selecionar, para o presente estudo, apenas consumidores que usavam a substância de forma “controlada” para poder perceber as regras e os valores que emergiam do conhecimento adquirido em anos de uso da mesma substância.

Vale lembrar que Norman Zinberg (1984), nesse estudo pioneiro, por abordar, pela primeira vez na literatura sobre drogas, usos controlados de substâncias ilícitas (fator que, na época, era pouco conhecido), faz uma importante distinção entre uso compulsivo e uso controlado de substâncias ilícitas. Por uso controlado, compreende-se um uso funcional, sem grandes custos sociais e pessoais para o consumidor e a sua rede social. O uso compulsivo, ao contrário, seria disfuncional e com altos custos para o consumidor. Assim, o que caracterizaria, segundo o autor, o uso controlado é ser este regido por regras e sanções sociais que teriam por função regular o consumo da substância em um determinado meio social.

Na relação entre pares, no exercício da sociabilidade e em interação com o aprendizado com a substância, emergem os controles sociais informais que se relacionam com a cultura hegemônica e com a cultura de uso de crack que interessam ao olhar antropológico, principalmente, por revelarem as nuances da regulação do uso da droga para o estabelecimento de um padrão controlado de uso da substância, bem como os aspectos socioculturais que estariam envolvidos neste processo. Por vezes, o consumidor não se dá conta do funcionamento desses controles, principalmente, por se tratarem de acordos tácitos que emergem no processo de sociabilidade entre pares. Assim,

a ciência antropológica, através da etnografia, é de extrema importância para o estudo dessas práticas, por viabilizar uma descrição densa de contextos até então ocultos e desconhecidos. É função do antropólogo que busca estudar estes contextos estar atento a esses acordos implícitos nas práticas sociais e individuais de forma que o trabalho de campo deve focar a observação desses rituais sociais.

Estar atento para esses controles sociais significa, segundo Zinberg (1984), observar definições internas sobre usos aceitáveis (e não aceitáveis), os padrões estabelecidos e a seleção do contexto físico, a fim de proporcionar experiências seguras e agradáveis e identificar efeitos negativos e os métodos utilizados para prevenir esses efeitos. Daí apreende-se que diferentes contextos e sujeitos produzem diferentes estilos e modalidades de consumo.

Jean Paul Grund (1993), em seu estudo sobre comportamento de risco entre soropositivos e usuários de drogas injetáveis, retoma as ideias de Zinberg (1984), ratificando a sua tese de autorregulação do uso de drogas e acrescentando mais dois fatores na compreensão do fenômeno: a disponibilidade da droga e a estrutura de vida. Grund (1993) afirma a importância de controles sociais que partam da base sociocultural dos consumidores, através do estudo de sequências estereotipadas de consumo de drogas – as regras/rituais de administração –, e o aprendizado do consumidor, em sua rede social, figura também como importante fator para a compreensão biopsicossocial da questão.

Segundo esse autor, a disponibilidade da droga interfere nos rituais de uso. Para um usuário regular, a preocupação com a disponibilidade interfere nos padrões de consumo, de forma que os rituais estarão atrelados à facilidade ou dificuldade do acesso à droga. O foco do usuário na obtenção da droga,

tendo em vista a sua escassez, conduzirá a uma forte limitação de expressões comportamentais quando esta se tornar disponível. Como resultado da escassez da droga, o usuário estaria mais preocupado com formas de obtenção da substância, com a facilitação do seu uso e menos voltado para a autorregulação e para a criação de regras e rituais que visem a proteção à sua saúde.

O acerto desta teoria pôde ser observado no campo estudado quando os usuários se queixavam, por exemplo, de épocas de falta de maconha nos seus territórios. O uso de maconha entre os interlocutores que estudei é extremamente importante quando eles desejam minimizar os efeitos do uso de crack pois o seu consumo possibilitaria a emergência de outros efeitos no corpo como a sonolência e a fome, tornando-se, assim, um importante regulador do consumo de crack.

De acordo com Grund, a estrutura de vida, a disponibilidade da droga e as normas, regras de conduta e rituais sociais são fatores que dialogam em um processo circular e lógico no qual eles se reforçariam e se modificariam, de acordo com os resultados alcançados. Os processos de autorregulação no uso de drogas seriam reforçados por esse circuito, chamado por ele de circuito retroalimentado ou *feedback circuit* (1993, p. 300-1).

Ao final, Grund foi um autor importante para este estudo, pois ele reitera a teoria de Becker e Zinberg (1984) e enfatiza a importância de controles sociais informais no estabelecimento de padrões controlados de uso de drogas. O corpo teórico descrito foi a base de investigação de consumidores controlados de crack, foco principal desta pesquisa que, em categoria nativa, são denominados de usuários.

A diversidade de categorias sociais e de definição de pessoas utilizada pelos interlocutores para se referirem às modalidades de consumo da droga foi frequentemente constatada.

Há uma linguagem dos espaços e condutas sociais que define o grupo e sua lógica interna, que tenho me empenhado em interpretar através do conjunto das categorias nativas: “sacizeiro”, “usuário” e “patrão”. A escolha dessas categorias para descrever os diferentes estilos de vida relacionados ao consumo de drogas foi uma tentativa de transcrever a linguagem nativa para a narrativa da antropologia dos usos de drogas. Sendo assim, busquei fazer uma correspondência dos conceitos nativos com conceitos oriundos do corpo teórico selecionado. É válido ressaltar que essa categorização corresponde ao discurso dos interlocutores desta pesquisa, os usuários ou pessoas que fazem “uso controlado” de drogas e não de outros atores sociais.

O “sacizeiro” seria o consumidor iniciante, aquele que não consegue regular o uso devido ao pouco tempo de contato com a substância, segundo a classificação de Becker. Seria o indivíduo que tem um uso compulsivo e disfuncional de crack, sem emprego fixo e cuja atividade de trabalho varia de pequenos furtos à mendicância, o que torna a sua estrutura de vida precária. Tem um maior comprometimento físico e social, além de modalidades de consumo mais severas, chegando a usar grandes quantidades por dias seguidos e não recorre a nenhuma discrição para o uso. Segundo uma interlocutora, o sacizeiro é:

*- [...] aquele que você reconhece logo; não consegue esconder que fumou o crack. Não [es]tá acostumado com a onda e fica no pânico; você reconhece fácil um sacizeiro, ele não faz questão de se esconder. Fuma na frente de todo mundo, fica no pânico, não se controla, quer usar toda hora, quando tem a pedra, não quer dividir, é guloso, vive sujo, fedido... Por uma pedra de crack, é capaz de fazer qualquer covardia, não pensa no dia seguinte, só pensa na droga. (VANESSA).*

É muito frequente que os interlocutores enfatizem, a todo momento, que eles não são sacizeiros, são usuários, porém, quando conversamos sobre suas trajetórias de vida, é recorrente nas suas falas, assumirem que um dia já foram sacizeiros, mas hoje não são mais. De uma forma geral, o sacizeiro não frequenta as rodas de fumo dos usuários, tampouco circula pelos mesmos espaços nos seus territórios. Constatei que, geralmente, os usuários se referem aos sacizeiros para enfatizar determinadas usos não aceitáveis, sendo esses usos disfuncionais aqueles que mais se afastam do ideal deles. O sacizeiro faz um uso que Zinberg (1984) chamaria de compulsivo.

Diferente dos sacizeiros, o “usuário” é um indivíduo que tem mais tempo de uso de *crack* e um saber acumulado a partir do seu horizonte de experiências com a substância. O termo usuário parece ser uma categoria nativizada apreendida, talvez, através do contato que esses indivíduos mantiveram com programas de redução de danos e serviços de tratamento, onde são chamados dessa maneira. Todos os interlocutores que acompanhei durante o meu trabalho de campo se autodenominam usuários e todos já utilizaram serviços como o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD)<sup>42</sup> e a Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti (ARD-FC)<sup>43</sup>, serviços nos quais a categorização como usuário é corrente entre os técnicos. É válido ressaltar que a minha imersão em campo só foi possível por ter trabalhado como supervisora de uma equipe de redução de danos na ARD-FC de modo que pude ter contatos

---

<sup>42</sup> Serviço de extensão da Faculdade de Medicina da Bahia, ligada a Universidade Federal da Bahia. Foi o primeiro serviço a fazer trabalho de prevenção nos territórios psicotrópicos na década de 90, com um projeto intitulado Consultório de Rua.

<sup>43</sup> Serviço de extensão permanente da Faculdade de Medicina da Bahia que atua na lógica da Redução de Danos na cidade de Salvador, acessado usuários de drogas em seus contextos de uso.



diários com a população usuária de drogas do Centro Histórico de Salvador.

Os membros dessa categoria seriam o que Becker (1966) denomina de usuário regular, aquele que faz uso controlado da substância. Ele desenvolve uma série de estratégias para regular o uso da substância na sua vida sempre corrida e, como o consumo da substância não pode interferir nas suas atividades de trabalho, desenvolve um tempo e um lugar adequados para o consumo. Dificilmente, observa-se usuários nas ruas, no Pelourinho, fazendo uso de crack sem maiores discrições, pois eles selecionam o espaço físico de modo a restringir a inserção de pessoas estranhas naquela rede social. Depois de oito meses de trabalho de campo trabalhando na equipe de redução de danos com os usuários, pude ser aceita no grupo e observar as cenas de uso de crack em dois casarões abandonados da rua 28 de setembro. Eles realizam uma série de estratégias para manter estável o seu uso de crack e possuem um código de condutas para a manutenção da sua rede de sociabilidade, como podemos notar na fala a seguir:

*- Aqui tem um cotidiano que é o seguinte, tem pessoas que tem o autocontrole para usar, sair, voltar, mas tem outras não, que só fica se atizando mesmo. Se atiza no bagulho e fica naquele negócio, não quer se cuidar, vende tudo o que tem e tal. Isso a gente não aprova, esse pessoal não entra aqui para fumar, de jeito nenhum. (JORGE).*

Examinando as suas estruturas de vida, podemos dizer que esses indivíduos possuem trabalho estável, mesmo que não regulamentados, como prostituição, guardador de carros e pequeno tráfico de drogas, estável no sentido de permitir a obtenção de renda fixa e não enfrentam grandes dificuldades de obter fundos para sustentar suas atividades de lazer e o seu

uso de drogas, o que possibilita a manutenção do seu estilo de vida. Na análise das suas trajetórias de vida, interessava-me compreender o início do consumo de drogas e as variações nesse uso ao longo da sua vida até chegar ao uso controlado da substância. Refazendo as suas trajetórias de consumo, observa-se que, no começo do uso de crack, esse controle era difícil e, muitas vezes, não era importante no momento, pois estavam sempre preocupados em garantir a próxima dose. Ao longo dos anos, assumem uma postura mais reflexiva perante o seu uso. Nesses momentos da sua vida nos quais o indivíduo saía do uso para o abuso de drogas, os significados atribuídos a uma “recaída” nos revelam as determinantes socioculturais que possibilitaram a emergência de um uso controlado ou compulsivo.

O padrão de uso controlado de crack é pouco abordado em pesquisas científicas que focam em pessoas que consomem crack, porém, na sua pesquisa de doutorado em Psicobiologia, Lucio Garcia, também identifica padrões de uso controlado de crack na cidade de São Paulo. O pesquisador define uso controlado por “uso em que o crack não assume papel central no estilo de vida do usuário”, intercalando a substância em questão com outras atividades da vida cotidiana.

Por último, temos o “patrão”, categoria também usada pelos usuários para se referirem a comerciantes mais especializados da substância. Tive a oportunidade de conversar algumas vezes com um patrão, no momento em que acompanhava uma usuária na compra da sua substância. Geralmente, as descrições que me eram dadas pelos usuários correspondiam às minhas observações de campo em relação aos padrões.

O patrão tem a sua atividade centrada na venda da substância, haja vista que ele é a pessoa responsável pela regulação do comércio na zona estudada. Dificilmente, se observa um patrão fazendo uso compulsivo da substância, até mesmo porque

isto impossibilitaria a manutenção de um mercado lucrativo de drogas. Os usuários se referem aos patrões sempre com muito respeito e, em geral, mantêm com eles uma relação amistosa, o que possibilitou a minha aproximação através dos meus interlocutores. Durante conversas informais, os patrões revelaram que só é possível assumir essa função se houver controle no uso de crack. Observa-se, também, um desprezo para com a figura do “sacizeiro”, que está sempre “devendo na boca”<sup>44</sup> e que dificultaria o comércio.

### Regulações e rituais sociais de uso do crack

Sentadas em uma cama de solteiro, eu e as usuárias, Katicilene e Vanessa, conversávamos sobre uso de crack. Dentro do casarão abandonado da Rua 28 de Setembro presenciava Vanessa preparar o cachimbo e a “pedra” para uso. Muito cuidadosa, ela pega um pedaço de vidro, coloca sobre seu colo e despeja a cinza. Distribuídos sob o vidro, estavam o cachimbo, a cinza e a pedra que ela havia dividido com uma gilete em quatro partes. Com um papel alumínio, cobre a “boca” do cachimbo, faz três furos e coloca a cinza e a pedra. Queima a pedra de crack, dá quatro tragadas seguidas e passa para a sua amiga, Katicilene, que não gosta muito de fumar crack “a vero” – ou seja, a pedra de crack pura com cinza. Ela gosta de fumar a “borra” e aguarda Vanessa fumar a pedra para raspá-la do fundo do cachimbo. Quando ela acaba de fumar, Katicilene coloca um pouco de álcool no cachimbo e queima. Segundo ela, essa é uma técnica para extrair a “borra” mais rápido. Depois de queimada, com um arame, ela raspa um resíduo preto, “o resto do crack”. O resíduo é colocado novamente no cachimbo

---

<sup>44</sup> “Dever na boca” significar estar em dívida com o traficante de drogas.

e queimado por Katicilene: assim se teria uma dose de crack mais concentrada.

Com o gravador ligado, converso sobre modos de preparo de crack com as garotas.

- *E se eu quisesse começar a fumar crack, como faria?*

Primeiro, eu precisaria comprar um cachimbo ou então fazê-lo com antena de carro roubada. Depois, teria que comprar a pedra e prepará-la da forma correta para que ela pudesse queimar, me explica Vanessa.

Subitamente, Vanessa se levanta e, ainda olhando para mim, tranca a porta do casarão com um cadeado. Ouço vozes do outro lado da porta – vozes masculinas. Penso haver um grupo de, no máximo, cinco homens na antessala. Antes que eu falasse, ela se antecipa:

- *Não precisa ter medo, isso é para a nossa segurança. Você não disse que confiava em mim? Então não precisa ter medo.* (VANESSA).

Sim. Eu havia dito isso.

Trancadas em um quarto sem ventilação e com pouca iluminação, no meio de uma tarde de quinta-feira, Vanessa relata episódios de quando era uma jovem usuária de crack no Pelourinho:

- *Naquele tempo, eu era o próprio saci; ainda bem que envelheci e fui aprendendo umas coisas. Nega, você acredita que eu não tomava banho, vivia suja, mal vestida e fumava na frente dos homi? Eu não tenho um pingo de juízo na cabeça. Vê se você me vê hoje assim? De jeito nenhum. Eu não sou sacizeira, sou usuária e, vira e mexe, monto minha banquinha<sup>45</sup>. Tenho que me plantar!* (VANESSA).

---

<sup>45</sup> Montar a banca significa fazer comércio de drogas, de pequena escala.

## Trecho extraído do Diário de Campo - 17/06/08

Este trecho revela, de forma preliminar, algumas regulações internas para o consumo da substância. Como já foram abordadas anteriormente, as observações de campo focavam no comportamento estilizado, nos rituais de uso e nos controles sociais informais para o uso da substância. Seguindo o método de Zinberg (1984), durante as observações de campo, atentava para (a) o método de aquisição e gestão da droga; (b) a seleção do contexto físico e social para o uso; (c) as atividades apreendidas após a administração da droga; e (d) os métodos de prevenir possíveis efeitos indesejados. Como esses rituais representavam acordos tácitos entre o grupo, foram levados em consideração não só as entrevistas em profundidade, nas quais eles relatavam estas etapas, mas também a observação *in loco* destes rituais.

### a) Método de aquisição e gestão da droga

Diferente do consumo isolado e com ausência de laços sociais dos consumidores compulsivos, abordado em outras bibliografias, o que acontece com este grupo é uma socialização no consumo da droga, que começa na sua aquisição. No grupo estudado, havia duas pessoas responsáveis por adquirir a substância, pois elas, de vez em quando, “montavam a banquinha”. O grupo se junta, cada um dá a sua quantia de dinheiro e compra duas pedras de crack que custa cinco reais cada. Em outros tempos, uma pedra era mais cara, pois era maior e possuía mais cocaína, segundo os interlocutores. Hoje em dia, a qualidade da droga não seria mais a mesma, pois, como tiveram que baixar o preço da pedra, baixou, também, a sua qualidade. Jorge relata que, antigamente, uma pedra para

quatro pessoas era o suficiente para um efeito agradável, visto que a pedra possuía mais concentração de cocaína. Hoje, os comerciantes estariam mais interessados na venda de grandes quantidades de crack e pouco preocupados com a qualidade da droga.

Geralmente, uma pessoa sai para comprar a substância e as outras ficam aguardando no casarão. Esta etapa do ritual de uso de crack é organizada levando em consideração a quantidade de droga disponível. O que os usuários comentam é que, em média, duas pedras divididas em duas partes cada é o suficiente para o efeito desejado. O instrumento utilizado era o cachimbo, feito de alumínio. Fiz a observação da construção conjunta de cachimbos nesse mesmo espaço físico; os interlocutores se emprenhavam em me mostrar como se faz um cachimbo de crack. Antena de carro, dedal de costura, esparadrapo e papel alumínio são necessários para a elaboração do cachimbo. Com uma antena inteira de carro, se faz cerca de três a quatro cachimbos. A antena se junta ao dedal de costura com o esparadrapo, que ajuda também a tapar os buracos do dedal para que a fumaça não escape. Adiciona-se o papel alumínio com alguns furos para tampar o buraco do dedal e pronto: está feito o cachimbo para o consumo.

Uma pedra é dividida em duas partes e distribuída entre os usuários. Das vezes em que pude observar as cenas de consumo de crack, geralmente eram utilizados dois cachimbos para cinco pessoas, mesmo que cada um possuísse o seu cachimbo. É utilizada uma superfície de vidro para servir de suporte para cortar a substância com uma gilete. Enquanto isso, uma pessoa acende o cigarro e aguarda o acúmulo da cinza para colocar no cachimbo. Em seguida, coloca-se um papel de alumínio furado na boca do cachimbo, adicionam-se os pedaços de crack e a cinza (a cinza é utilizada para a combustão

da droga). É preciso que o cano do cachimbo seja longo a fim de proteger o rosto, evitando-se assim pequenos acidentes na combustão na substância.

Alguns usuários preferem o uso da “borra” ao “crack a vero”. “Crack a vero” é a modalidade de uso descrita acima, composta de crack com cinza. Fumar a “borra” significa reaproveitar o resto do crack que fica no fundo do cachimbo. Para se obter a borra, o processo é o mesmo descrito no trecho (a): joga-se um pouco de álcool no cachimbo recém utilizado e, em seguida, queima-se a substância ainda no cachimbo. Depois de queimada com um arame, retira-se uma substância pastosa. Esta substância é reutilizada com cinza e queimada no cachimbo.

#### b) Seleção do contexto físico e social para o uso

O grupo estudado evita fazer uso de crack nas vias públicas e opta por escondê-lo de olhares externos. A seleção do espaço físico para o uso é de fundamental importância para manter a atividade em sigilo e distante da presença dos sacizeiros e da polícia. É um controle social interno para manter a atividade restrita aos seus poucos participantes. O controle da entrada de pessoas é feito por Vanessa e Katicilene, que possuem a chave do cadeado. Sempre que vão fazer uso de crack nesses espaços, levam consigo uma corrente e um cadeado para evitar invasões desnecessárias. Muitas vezes presenciei uma cena de uso enquanto alguns homens ficam do lado de fora pedindo para entrar insistentemente. Nos momentos em que eu estava presente, o grupo nunca abria o cadeado. Segundo eles, a intenção era evitar maiores aproximações com os “sacizeiros”.

Foram identificados dois casarões da Rua 28 de Setembro selecionados para o ritual de consumo da substância, um

dos quais era a residência de Katicilene onde fiz o maior número de observações de cenas de uso. Fazia dez anos que Katicilene ocupava o até então abandonado casarão. Internamente, o espaço possuía dois cômodos: uma sala e o quarto de Katicilene. Era uma casa sem janelas, com pouca ventilação e, quando chovia, as paredes e o teto ficavam bastante úmidos. No seu quarto, Katicilene tinha uma televisão, seus materiais de beleza (perfumes, esmaltes, desodorante, etc.), uma cama e três cadeiras. O outro casarão, este abandonado, possuía uma fachada grande com um portão, o que nos dá a impressão de ser, de fato, uma casa. Quando seguimos portão adentro, observamos destroços do casarão que, a esta altura, não possuía nem teto nem paredes; os limites da casa eram as paredes dos casarões vizinhos. Para servir de abrigo para o consumo de crack, os usuários construíram um barracão com Eternit. Dentro do barracão há uma mesa, um sofá e duas cadeiras. Quando esse segundo barracão era selecionado para o uso, o cadeado e a corrente eram também usados ali para limitar a entrada de outras pessoas no espaço.

### c) Atividades apreendidas após a administração da droga

Logo após o consumo da substância, os interlocutores empreendem uma série de atividades que seguem o curso de suas atividades diárias. Quando acompanhava as cenas de uso, assim que finalizavam o consumo da substância, os usuários ficavam bastante eufóricos e discutíamos temas que eu trazia para o grupo, tais como: o efeito da droga, o que mais lhes agradava neste efeito, a sua durabilidade e vontades surgidas logo após o uso. Das pessoas que eu entrevistei, todas relataram sinais de euforia logo após o uso da droga, o que os impulsionava a realizar atividades de trabalho. Sendo assim, as



atividades relatadas foram: fazer “correrias” – como trabalhar como guardador de carro, com reciclagem etc. – e usar drogas lícitas, como a cachaça e o cigarro. Recorrente nas falas dos entrevistados foi também o uso de crack para atingir o estágio de vigília (quando eles precisam virar a noite trabalhando ou para remediar o cansaço de trabalhos que exigiam muita força física). Em absolutamente todas as falas se repetiu a ligação do uso de crack na produção de efeitos estimulantes para suportar longas horas de trabalho a fim de obter a remuneração necessária para manter seus estilos de vida.

#### d) Métodos de prevenir possíveis efeitos indesejados

Os métodos para prevenir efeitos indesejados da substância são estratégias utilizadas pelos interlocutores para lidar com situações nas quais o efeito da droga não produz mais prazer, situações que são basicamente causadas pelo efeito estimulante do crack que, segundo os interlocutores, inibe as sensações de sono e fome. Como apenas cessar o uso da substância não é o bastante para diminuir o efeito no corpo, os usuários fazem uso de outra substância psicoativa, a maconha. Segundo relatam, o uso de maconha possibilita efeitos contrários, pois permite que o usuário tenha apetite e, em seguida, sonolência. Quando, por vezes, os usuários sentem que estão usando o crack de forma muito intensa, optam pelo uso do “pitolho” – a mistura de crack com maconha. O uso do “pitolho”, além de mais discreto, pois lembra um cigarro de maconha, possibilitaria que o usuário saísse da fissura da droga, quando ela aparece. Podemos dizer que o uso do pitilho no contexto estudado é uma estratégia de regulação para o uso controlado de crack, como podemos observar nas falas a seguir.

- *Para sair da fissura, é só ficar usando pitilho. Ai, pronto, você tem a lombra do crack e a lombra da maconha; assim, dá para segurar a onda.* (KATICILENE).

- *A pessoa pode até sentir, mas o sono que é bom não vem, só depois que a pessoa usa, se fumar um baseado, certo? Eu acho que o pitilho não deixa o pânico de querer mais, como fumando crack no cachimbo deixa... eu não... eu já experimentei umas vezes e percebi que não deixa a pessoa no pânico de usar mais, a lombra é outra, é diferente, não deixa a pessoa tão no pânico, como usando no cachimbo, o crack, e é totalmente diferente do pitilho porque até a lombra bate de outro jeito, deixa a pessoa relax mesmo, a pessoa se quiser fumar outro, fuma, mas... tem o autocontrole, mais seguro do que no cachimbo.* (JORGE).

De acordo com a bibliografia referente ao tema, essa estratégia, que nasce do aprendizado do usuário com o manejo da substância, foi constatada em duas pesquisas com pessoas que usam crack. A primeira, datada de 2000<sup>46</sup>, revela que a maconha pode ser um recurso terapêutico para lidar com a dependência de crack. Na segunda pesquisa, revela-se o uso de pitilho por usuários controlados de crack<sup>47</sup>.

De acordo com Becker (1977), o conhecimento de um consumidor de drogas o capacita a identificar efeitos colaterais não desejados e a lidar com eles de uma forma que ele considere satisfatória. O modo como esse conhecimento é passado do consumidor regular para o iniciante, para a identificação de seus efeitos, é importante na medida em que esse novo usuário

---

<sup>46</sup> LABIGALINI, E. J. O uso terapêutico de *Cannabis* por dependentes de crack no Brasil. In: MESQUITA; SEIBEL. **Consumo de drogas, desafios e perspectivas**. Hucitec: São Paulo, 2000, p173-184.

<sup>47</sup> OLIVEIRA, Lúcio Garcia de. Avaliação da cultura de uso de crack após uma década de introdução da droga na cidade de São Paulo. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.

tenderá a reproduzir o conhecimento que lhe foi passado. Dito isto, cabe ressaltar a importância da produção de conhecimento científico acerca dos usos mais seguros de crack, levando em consideração esse saber que é construído pelos próprios consumidores na sua rede de sociabilidade. É válido ressaltar que, segundo esse autor, quando uma pessoa ingere uma substância psicoativa, a sua experiência será influenciada pelo conjunto de saberes e crenças sobre a droga. Esse “saber orgânico” influencia modalidades de uso da droga, as significações atribuídas à experiência, as maneiras pelas quais o indivíduo interpreta seus efeitos múltiplos e como responde a eles e, por fim, as maneiras como lidam com as consequências da sua experiência.

Esse conhecimento é construído pelo consumidor ao longo de sua vida, na constituição da sua “carreira de usuário”. Ao analisar a trajetória do consumo de drogas do grupo estudado percebi pontos em comum, no que tange à construção de suas carreiras. Todos relatam a sua de apenas iniciantes como um momento de descobertas que começa quando vão morar nas ruas do Pelourinho. Esse momento inicial da substância sempre parece muito confuso, mas todos detectam um sentimento de euforia seguido de espanto, na primeira experiência. A figura de uma pessoa mais velha que oferece o crack é também relatada em todas as carreiras de usuários. Essa pessoa seria o iniciador, aquele que transmite o conhecimento básico sobre o manejo da substância. Em apenas duas histórias de vida, essa figura fazia parte da sua rede social mais próxima, como o irmão e a namorada. Em apenas uma história de vida há o relato do uso de crack em latas de alumínio; todos os outros relatam que começaram a usar crack através de copos plásticos.

Por fim, um ponto recorrente nas falas dos interlocutores é que, na fase inicial de sua carreira, eles identificam o esta-

belecimento de um padrão de uso compulsivo do crack com comprometimentos físicos e sociais no uso (como os sacizeiros). Com o passar do tempo, após experiências traumáticas entre pares, resolvem restringir a sua rede social de consumo e passam a se preocupar mais em ocultar a sua prática de outros agentes. A chegada da vida adulta é o marco na vida do usuário, que sai do uso inicial para o regular – quando eles relatam sair da vida de sacizeiro para ingressar no processo de reflexividade no uso de droga, engendrando métodos que promovam um uso mais seguro e consciente da substância.

## Conclusão

Assim, propomos uma abordagem mais ampla e multifacetada do fenômeno na qual, além de pensar na natureza do produto consumido, se torna necessário procurar conhecer os usuários em suas múltiplas redes, atentando para as suas formas de sociabilidade, seus estilos de vida e as diversas maneiras como interagem com seu meio. Para embasar, devidamente, as intervenções sociais voltadas para esse público é imprescindível a realização de trabalhos de campo nos quais as estratégias de consumo mais seguro sejam construídas em parceria com os sujeitos.

De acordo com Becker (1977), entre as redes de usuários de drogas se desenvolvem conhecimentos que orientam os consumidores em seus reconhecimentos dos efeitos desejados e indesejados, assim como em suas maneiras de reagir a eles. Portanto, torna-se de grande importância que os estudos científicos levem em conta o saber construído pelos usuários em suas redes de sociabilidade em relação a usos mais seguros de crack e esse conhecimento interessa para a elaboração de

políticas públicas que dialoguem com as necessidades socio-culturais dos indivíduos.

É o trabalho de campo, na perspectiva da Redução de Danos, que possibilita a construção de estratégias que tenham como ponto de partida o saber do usuário. As práticas dos redutores de danos buscam valorizar o saber da população com a qual trabalham – as pessoas que usam drogas – para o planejamento e ações de intervenção, buscando uma discussão coletiva e não restrita ao campo das disciplinas e dos *experts*.

O trabalho em redução de danos com esse público deve produzir o que Campos (2006) chama de “efeito Paideia”, ou seja, deve possibilitar a construção de sujeitos co-gestores (co-gestão definida como compartilhamento de poder) de saúde tendo como pano de fundo o seu horizonte de experiências vividas na comunidade. Retira-se, assim, a primazia da reflexão sobre estratégias de produção de saúde dos gestores institucionais que, por vezes, desconhecem a realidade vivida pelos usuários e abre-se a possibilidade de emergirem novos sujeitos atuantes e implicados nesse processo. Seria uma educação para a vida tendo como escola a própria vivência, mediante a construção de modalidades de co-gestão (CAMPOS, 2006), que permita às pessoas que usam drogas participarem do comando de processos de trabalho, de educação, de intervenção comunitária e, até mesmo, do cuidado de sua saúde e de seus pares.

Dito isto, cabe ressaltar que a atual política de drogas, para que tenha eficácia, deverá se integrar a outras políticas sociais, sendo uma política transversal que deve se embasar em conhecimento científico interdisciplinar (incluindo as ciências humanas), em diálogo com o conhecimento do sujeito consumidor de drogas. Dessa forma, podemos produzir abordagens que levem em consideração as particularidades comunitárias.

## REFERÊNCIAS

- BECKER, H: **Outsiders studies in the sociology of deviance**. New York, The Free Press. 1966.
- BECKER, Howard. Consciência, poder e efeito da droga. In: \_\_\_\_\_. **Uma teoria da ação coletiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976. p. 181-204.
- CAMPOS, Gastão Wagner S. Efeito paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. **Rev. Trabalho, Educação e Saúde**, v. 4, n. 1, p. 19-31, 2006.
- CHEN, C. Y.; ANTHONY, J. C. Epidemiological estimates of risk in the process of becoming dependent upon cocaine: cocaine hydrochloride powder versus crack cocaine. **Psychopharmacology (Berl)**. n. 172, v. 1, p. 78-86, 2004.
- DUNN, J.; LARANJEIRA, R. R.; SILVEIRA, D. X.; FORMIGONI, M. L.; FERRI, C. P. Crack cocaine: an increase in the use among patient attending clinics in São Paulo 1990-1993. **Subst use Misuse**, n. 31, v. 4, p. 519-27, 1996.
- FERNANDEZ Osvaldo; MACRAE Edward. **Entre carreiras, redes e circuitos**: uma abordagem etnográfica dos estilos e padrões de uso de cocaína em São Paulo, 1994 a 2006. Disponível em: <xa.yimg.com/.../Entre+carreiras,+redes+e+circuitos+,+abordagem+etnografica+Versao+Final%5B2%5D.doc>.
- FERRI, C. P.; et al. Aumento da procura de tratamento por usuários de *crack* em dois ambulatórios na cidade de São Paulo: nos anos de 1990 a 1993. **Rev. Assoc. Med. Bras**, v. 43, n. 1, p. 25-28, 1997.
- GRUND, J.-P. C. **Drug use as a social ritual**: functionality, symbolism and determinants of self-regulation. Roterdã: Institut voor Vershavingsonderzoek (IVO)/Erasmus Universiteit, 1993.
- MALHEIRO, L. S. B. **Sacizeiro, usuário e patrão**: um estudo etnográfico sobre consumidores de crack no Centro Histórico de Salvador. Monografia apresentada ao Departamento de Antropologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia.
- ZINBERG, Norman M. D. **Drug, set and setting**: the basis for controlled intoxicant use. New Haven: Yale University Press, 1984.

# COLETIVO BALANCE DE REDUÇÃO DE RISCOS E DANOS: AÇÕES GLOBAIS EM FESTAS E FESTIVAIS DE MÚSICA ELETRÔNICA NO BRASIL (2006-2010)

*Marcelo Andrade Guimarães*<sup>48</sup>

*Edward MacRae*<sup>49</sup>

*Wagner Coutinho Alves*<sup>50</sup>

## Introdução

No início da década de 1980, por ocasião do desembarque de contingentes de jovens norte-americanos e europeus na antiga província portuguesa de Goa, na Índia, a música eletrônica de sintetizadores encontrou as batidas indianas usadas

---

<sup>48</sup> Psicólogo, Doutor em Ciências Sociais pelo Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – FFCH/UFBA; Docente do curso de Psicologia do Centro Universitário Jorge Amado; Coordenador Técnico do Coletivo Balance de Redução de Riscos e Danos – Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/UFBA e Pesquisador do Grupo Interdisciplinar de Estudos sobre Substâncias Psicoativas – GIESP.

<sup>49</sup> Antropólogo, Professor Associado II do Deptº. de Antropologia e Etnologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – FFCH/UFBA; Pesquisador Associado do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/UFBA; Presidente da Associação Brasileira de Estudos Sociais do Uso de Psicoativos – ABESUP e Líder do Grupo Interdisciplinar de Estudos sobre Substâncias Psicoativas – GIESP.

<sup>50</sup> Historiador, mestrando em Antropologia pelo Programa de Pós-graduação em Antropologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – FFCH/UFBA; Pesquisador e Secretário Geral da Associação Brasileira de Estudos Sociais do Uso de Psicoativos – ABESUP e do Grupo Interdisciplinar de Estudos sobre Substâncias Psicoativas – GIESP.

em meditações ativas do guru Osho, cujo centro, em Poona, na Índia, era, então, um importante polo aglutinador deste segmento da população. Algo dessa influência espiritual repercutiu nas celebrações profanas realizadas por jovens estrangeiros na região. Inaugurava-se, então, a modalidade de festas de música eletrônica, inicialmente, privilegiando-se o estilo conhecido como *psytrance*, um estilo de música eletrônica associado à dança e à meditação que tem como figura emblemática Goa Gil, músico e *sadhu*<sup>51</sup>, um dos primeiros artistas a utilizarem na música eletrônica, propositalmente, elementos sonoros visando propiciar estados alterados de consciência. (COUTINHO, 2008; HOLLAND, 2001).

Ao encontro de culturas e estilos distintos somou-se o LSD-25, cujo uso se tornara popular entre os *hippies* na década de 1960, passando o seu consumo, a partir de então, a ser referenciado em diversas expressões artístico-culturais. Alusões às experiências psicodélicas propiciadas pelo LSD tinham presença marcante na música, na literatura, nas artes plásticas e visuais, assim como em diversos outros contextos ocidentais. Essa estética se tornaria cada vez mais presente, com a difusão desse tipo de festa mundo afora, prevalecendo na decoração dos ambientes, nas vestimentas e nas tatuagens dos seus participantes. Ainda em Goa, outro elemento inanimado entrou na cena – o MDMA ou Ecstasy. A adoção do uso desse psicoativo nas festas de *psytrance* de Goa havia sido, também, originalmente fomentada pelos *sannyasins*, seguidores de Osho, na década de 1980, vindo depois a se difundir internacionalmente, particularmente nos Países Baixos, onde o MDMA permaneceu legal até 1988. (COLLINAND, 1997 apud HOLLAND, 2001).

---

<sup>51</sup> No Hinduísmo, *Sadhu* é um termo comum para um asceta dedicado a alcançar *Moksha* (liberação) através da meditação e contemplação de Deus. *Sadhus* frequentemente usam roupas de cor ocre, simbolizando a renúncia e usam “ganja” (*Cannabis*), consagrada ao deus Shiva.



Diz-se que os seguidores de Osho haviam começado a usar o MDMA, após ter ocorrido entre eles alguns casos de contaminação pelo HIV decorrentes dos encontros tântricos nos quais buscavam experiências de êxtase através do sexo. Como alternativa a essas práticas de risco, passaram, inicialmente, a recorrer a técnicas de meditação *natajara* (também desenvolvida por Osho), com movimento e música repetitiva, em sessões coletivas, que propiciavam aos participantes alterações da consciência. Logo se constatou que o *Ecstasy*, por sua capacidade de elevar a captação de serotonina, também era capaz de suprir, de modo exógeno (através da adição de um componente químico inanimado), os elevados índices serotoninérgicos que a experiência tântrica possibilitava de modo endógeno, sendo, então, seu uso largamente adotado naquele movimento religioso.

Deve-se ter em mente que, antes de seus usos serem proibidos, o LSD-25 e o MDMA, ou *Ecstasy*, eram considerados como relativamente inócuos, sendo largamente pesquisados e utilizados como recursos terapêuticos por conceituados psiquiatras e psicólogos europeus e norte-americanos (MELECHI, 1997). Mas, a difusão de consumos recreacionais dessas substâncias acabou levando ao surgimento de reações conservadoras que conseguiram banir o uso, inicialmente de LSD e, posteriormente, de *Ecstasy*, para qualquer finalidade. O MDMA viria a ser incluído, de modo controverso, na lista de substâncias ilegais (Schedule I) nos EUA pela *Drug Enforcement Administration* (DEA), em 1984, e, posteriormente, banido internacionalmente. (HOLLAND, 2001).

No Brasil, festas de música eletrônica começaram a ser realizadas nos primeiros anos da década de 1990, inicialmente nas praias baianas de Trancoso e Arraial d'Ajuda, difundindo-se, em seguida, para os grandes centros na Região Sudeste – Rio e São Paulo –, assim como para regiões mais remotas como

Alto do Paraíso (Goiás) e Serra da Mesa (Maranhão), por exemplo. (ABREU, 2005; COUTINHO, 2008). Esses eventos, cuja duração pode variar de algumas poucas horas a uma semana inteira, congregam grande número de frequentadores, majoritariamente jovens adultos provenientes dos estratos socioeconômicos mais elevados. São também conhecidos pelo nome *rave*<sup>52</sup> e podem apresentar dimensões de produção e público que variam entre “festas”, para um público inferior a 500 pessoas e de curta duração, a “festivais”, de diversos dias com uma frequência estimada em até 30.000 pessoas. Realizados muitas vezes em locais paradisíacos, ao ar livre, fornecem um *setting* ideal para o uso de psicodélicos e outras drogas que se dá em meio a uma trama de valores convergentes, envolvendo estilos, identidades e práticas de si e associando o uso de diversas substâncias psicoativas à música e à psicodelia.

Atualmente, as drogas mais comumente encontradas nesses eventos são o LSD, conhecido como “doce”, e o MDMA, Ecstasy ou “bala”, mas, várias outras, lícitas e ilícitas, são também usadas. Diversas delas vêm na forma de pílulas de diferentes formas e cores, fabricadas clandestinamente e sem nenhuma forma de controle de qualidade, o que aumenta em muito os riscos decorrentes de seu uso, pois nem mesmo se pode ter certeza a respeito da real natureza da substância que está sendo ingerida.

Vale notar que, apesar do uso de Ecstasy e de outras “drogas de desenho” ter inicialmente ocorrido na cena de música *psytrance*, atualmente, o consumo dessas substâncias já se estende a festividades onde se tocam outros estilos de música eletrônica como, por exemplo, *clubber*, *house*, *techouse*, *trance* (PRATES, 2006), assim como a outras cenas, como a da *axé music*. (SANTANA, 2007).

---

<sup>52</sup> *Rave* do verbo inglês *to rave* cuja tradução é delirar.

Apesar de se ter notícia, somente, de um relativamente pequeno número de incidentes de maior gravidade relacionados a esses eventos, no Brasil, assim como em outras partes do mundo, os festivais e festas de música eletrônica têm recebido uma cobertura bastante tendenciosa por parte dos meios de comunicação de massa que, muitas vezes fazem campanhas em torno de determinadas ocorrências, retratando episódios pontuais como se fossem característicos da totalidade desses eventos musicais e festivos. Tais matérias jornalísticas têm servido para pautar abordagens repressivas levadas a cabo pelo Ministério Público e pelas Polícias Civil, Militar e Federal (ANDRADE et al., 2009b): configura-se, assim, a criação do que o sociólogo britânico Stanley Cohen chama de “pânico moral”.

Esse conceito foi inicialmente elaborado na década de 1960 e vem sendo utilizado desde então, na compreensão da adoção de medidas drásticas de controle social relacionadas a fenômenos culturais tais como brigas de gangues, prostituição e condutas homossexuais, implicando também na criação de categorias de desviantes sociais a serem culpabilizados. Cohen explica o funcionamento do pânico moral:

[...] um problema é identificado, as causas são simplificadas, os participantes são estigmatizados, uma campanha da mídia por ação é seguida por respostas das autoridades que reificam o problema e recomeçam uma nova onda de pânico moral naturalizado. (ANDRADE et al., 2009b).

Nos EUA, Jenkins (1999) também demonstrou o funcionamento desse processo na criação de uma série de alarmes sociais, chamados por ele de “pânicos sintéticos”, promovidos em torno de uma ampla gama de novas drogas que foram aparecendo no mercado ilícito, durante o século XX. Essas, apesar

de diferentes, receberam tratamento muito similar por parte dos meios de comunicação e, posteriormente, por parte das autoridades.

Já no Brasil, nos últimos anos, uma série de reportagens veiculadas na televisão, rádio e na imprensa escrita, vêm enfocando o uso e o tráfico de drogas ilícitas em eventos de música eletrônica, chegando até a lançar mão do emprego de câmeras ocultas para obter imagens a serem utilizadas de modo sensacionalista. Ao dar destaque ao consumo e venda de drogas ilícitas em *raves*, deixam de sinalizar que, na maioria dos eventos festivos no Brasil, ocorre o uso generalizado dessas mesmas substâncias e, nesses casos, aliado a um uso muito mais intensivo de bebidas alcoólicas, com consequências consideravelmente mais graves do que aquelas normalmente observadas na “cena eletrônica”. Promovem, assim, um preconceito contra determinado tipo de música, levando até a propostas de legislação que pretendem regulamentar, e mesmo proibir, a realização de eventos com esse estilo de acompanhamento musical. (ANDRADE, 2009a).

Em consequência desse tipo de alarde, certas ações de redução de danos projetadas para esse meio, como o projeto paulista “Baladaboa”, têm sido enquadradas pelo Ministério Público como crime de apologia ao uso de drogas ilícitas, dificultando a sua realização. Dessa forma, até a conclusão de uma pesquisa de doutorado sobre essas atividades, realizada no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP) e financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) foi colocada sob suspeita e prejudicada. (ALMEIDA, 2005).

Note-se que, nesses enquadramentos, ignora-se a própria Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que, especificamente, prevê a realização de ações de redução de danos no gerencia-

mento da questão do uso de drogas ilícitas. Esse tipo de desmedida reação pública de alarme tem também dificultado a aceitação da legitimidade dessa espécie de ação entre os responsáveis pelas políticas públicas de saúde, geralmente, ainda bastante tímidos ou ignorantes a respeito de abordagens direcionadas à redução de riscos e danos decorrentes do uso de drogas.

Mas, mesmo tendo uma visão crítica do clima de alarmismo construído pelos meios de comunicação em torno das festas de música eletrônica, não podemos deixar de reconhecer a existência de uma série de riscos que, de fato, se apresentam durante esses eventos festivos. Os que têm chamado mais atenção são aqueles associados ao policonsumo, ou seja, o uso de uma variedade de substâncias psicoativas de natureza incerta, devido ao fato de terem a sua produção e distribuição realizadas na clandestinidade e com total falta de controle de qualidade (OLIVEIRA, 2010). Dessas, as que mais se destacam são o ecstasy ou “bala” e o LSD ou “doce”, mas outras também são encontradas, principalmente cannabis, cocaína e ketamina, além de outras mais raras como cogumelos alucinógenos, GHB, mescalina, óxido nitroso e *Salvia divinorum*, por exemplo. Ocorre, além disso, o consumo de bebidas alcoólicas. O uso descuidado de substâncias desse tipo pode acarretar experiências desagradáveis, popularmente conhecidas como *bad trips*, geralmente de duração efêmera, mas, em alguns casos, a situação pode se agravar com a ocorrência de quadros de dissociação.

Além desses riscos, ocorrem também aqueles relacionados à atividade sexual desprotegida, como a transmissão de DST's e AIDS, para não falar em gravidez indesejada. Outros riscos são associados ao volume alto do som e às características dos espaços naturais onde ocorrem os eventos, tais como o terreno acidentado, a proximidade de rios, cachoeiras ou mar,

picadas de insetos e a exposição excessiva ao sol. É digno de nota que, ao contrário de outros tipos de eventos festivos que atraem grandes contingentes, são raros os casos de violência entre os participantes de *raves*.

### A formação do Balance: funcionamento e integrantes

Nesse contexto, surgiu, em Salvador, durante o ano de 2006, o “Coletivo Balance de Redução de Riscos e Danos”, inicialmente concebido como parte de um projeto de tese de doutorado em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Bahia, a ser defendida por Marcelo Andrade Magalhães (ANDRADE, 2009a) e cujo objetivo era realizar uma pesquisa-ação participante visando aprofundar a compreensão do contexto social e político no qual ocorre o fenômeno das *raves*, entender o uso de substâncias psicoativas nesses eventos e definir estratégias de redução de riscos e danos a serem aplicadas nessas ocasiões.

Considera-se que o processo de formação desse coletivo tenha começado quando Magalhães, apoiado pelo Grupo Interdisciplinar de Estudos de Substâncias Psicoativas (GIESP), um núcleo de pesquisas sediado na Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FFCH) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), liderado pelo antropólogo Edward MacRae, convocou uma reunião com o objetivo de discutir a questão do uso de substâncias psicoativas nas festas de música eletrônica da Região Metropolitana da Salvador (RMS). Os convidados foram selecionados em uma rede de pessoas com distintos níveis e formas de relacionamento com as festas de música eletrônica (DJ's, VJ's, produtores, frequentadores das festas e festivais e psiconautas). Por essa ocasião (maio de 2006), o pesquisador já havia iniciado seu trabalho de campo e conseguido uma inserção inicial nas microrredes de relacionamento que compunham

a cena de *psytrance* soteropolitana e brasileira, encontrando-se, assim, na posição de organizar tal reunião.

Já nessa primeira reunião ocorreu uma estimulante e equilibrada discussão sobre o tema das “drogas de festa” com atores sociais que produziam ou participavam de eventos dessa natureza. A partir de reflexões sobre experiências em outros países<sup>53</sup> com ações de redução de riscos e danos desenvolvidas no contexto da cena eletrônica, esse grupo de pessoas resolveu se unir em um coletivo e realizar sua primeira ação global em uma festa, em setembro de 2006. Surgia, assim, o Coletivo Balance de Redução de Danos (CBRD), popularmente conhecido como “Balance”, que logo passou a atuar em festas e festivais não só na Bahia, mas em outros estados, como Goiás, Maranhão e Pernambuco. Nesse primeiro momento, buscava-se conhecer e sistematizar o saber prático já corrente nesse meio, trazendo contribuições provenientes do saber acadêmico para, dessa maneira, otimizar as suas estratégias de redução de riscos e danos.

No início, não havia nenhum critério específico pré-estabelecido regendo a participação no coletivo, a não ser a boa vontade e a disposição do indivíduo a se comprometer com o engajamento social e político necessário à realização da tarefa de redução de riscos e danos a que se propunha. Devido à base do Balance ser sediada em Salvador, local do surgimento inicial do coletivo e principal campo de pesquisa de Magalhães, inevitavelmente acabou-se privilegiando o recrutamento de frequentadores da cena de música eletrônica dessa metrópole. Posteriormente, com o crescimento do Balance, ramificações de suas redes sociais foram se ampliando e se diversificando.

---

<sup>53</sup> Energy Control. <[www.energycontrol.org](http://www.energycontrol.org)> (Espanha) e Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies – MAPS <[www.maps.org](http://www.maps.org)> (EUA), são as principais referências.

Atualmente, as “ações globais” de maior envergadura do Coletivo contam com equipes que chegam a ter até trinta e quatro redutores de riscos e danos que se revezam em diversas funções durante os eventos. Ocasionalmente, incluem novos voluntários, às vezes de outras regiões, que buscam conhecer melhor as estratégias empregadas, visando replicar a experiência em outros lugares. As formações acadêmicas e ocupacionais desses voluntários são distintas, dotando o trabalho da necessária transdisciplinaridade<sup>54</sup>. Seguindo princípios já estabelecidos no campo da redução de riscos e danos, privilegia-se a participação de indivíduos plenamente inseridos na cena de música eletrônica e simpatizantes de suas características éticas, estéticas e comportamentais. Procura-se, assim, assegurar o empoderamento do saber prático dos usuários no diálogo com o conjunto de saberes oficiais.

Nem todos os participantes da primeira reunião do Coletivo, realizada na residência que servia de sede informal do GIESP, manifestavam disponibilidade para participar de ações de redução de riscos e danos durante as festas. Assim, estabeleceu-se que, para se vincular ao Coletivo, não seria necessário participar das ações nas festas, reconhecendo-se outras maneiras de atuar, seja em nível acadêmico, seja em negociações com as autoridades, por exemplo. Mas o processo de formação de equipes e de desenvolvimento de estratégias acabou levando à constituição de um núcleo central mais estável, formado por aqueles que participavam das ações de maneira mais consistente. Já o número dos que participam de cada evento específico é sujeito a grandes oscilações, dependendo de vários fatores.

---

<sup>54</sup> Entre os redutores de danos do Balance encontram-se graduandos e profissionais em Psicologia, Medicina, Ciências Sociais, assim como, músicos, artistas plásticos e visuais, produtores de festas, psiconautas, pesquisadores, DJ's e VJ's.



De toda maneira, constata-se a existência de voluntários de maior ou menor constância em suas atuações.

As funções realizadas pelas equipes ocorriam em três etapas: pré-produção, produção e pós-produção da ação. A primeira consistia no estabelecimento de contatos iniciais com os produtores dos eventos, envolvendo, também, a elaboração de proposta de projeto de ação, a negociação de contrapartidas, a seleção de pessoal e a elaboração das campanhas de informação a serem veiculadas durante o evento. Na segunda etapa (a ação em si), os componentes das equipes se dividiam, revezando-se em turnos de trabalho para realizar tarefas de informação, distribuição de insumos e prestação de cuidados durante o decorrer do evento. A terceira etapa compreendia a desmontagem da estrutura do *stand* do coletivo (montado em parceria com os produtores do evento), o recolhimento e a devolução do material usado na sua decoração (lycras, peças ornamentais, etc.) e equipamentos (TV's, DVD's, projetores, etc.).

Os redutores que se engajaram no núcleo central do Balance desde o início das ações foram os que mantiveram uma atuação mais constante. Entre as primeiras ações, realizadas no ano de 2006, e aquelas de 2007 e 2008, observou-se um aprimoramento do formato, das técnicas e das abordagens adotadas. Um exemplo disso foi a postura desenvolvida a respeito do uso de psicoativos por parte de membros da equipe durante as ações. Recrutados entre os “nativos” da cena de música eletrônica, os voluntários dividem seu tempo durante os eventos entre turnos de realização de ações de redução de danos e uma participação plena nas atividades lúdicas em curso. Apesar do aperfeiçoamento de um esquema de plantões, para melhor delimitar os momentos reservados ao trabalho e à diversão, o uso de psicoativos por parte desses ativistas tem sido uma frequente fonte de dilemas.

Por vezes, os efeitos das substâncias usadas nos momentos lúdicos se prolongam durante os plantões de trabalho seguintes, podendo comprometer seus resultados. Por outro lado, a convicção antiproibicionista do grupo e a relutância em adotar medidas rígidas de rechaço ao uso de drogas, fomentaram uma postura mais flexível, onde a capacidade laborativa demonstrada pelo indivíduo é o que mais se leva em consideração, independentemente de ele ter ou não consumido algum psicoativo. Atualmente, aqueles cujo trabalho deixa a desejar, seja devido ao uso excessivo de drogas, seja por outra razão, tendem a ser excluídos das ações em eventos seguintes.

## Ações

As atuações do Balance em festas e festivais de música eletrônica são chamadas de “ações globais de redução de riscos e danos”. O objetivo de uma ação “global” é fazer com que o tema das substâncias psicoativas e da redução de riscos e danos associados ao seu consumo esteja presente em diferentes territórios da festa ou festival. Assim, o Balance recorre a diferentes formatos de atuação cujas dimensões, procedimentos de montagem e organização variam de acordo com a duração do evento e o tamanho do público.

A estrutura básica que configura uma ação é formada pela montagem do info-stand e pela parceria com os profissionais presentes no posto médico do evento. Nas ações em festivais também são feitos outros tipos de intervenções como workshops, mostras de filmes ou documentários que abordam a temática dos psicoativos e a montagem do S.O.S Balance, uma tenda específica para oferecer cuidados aos indivíduos com dificuldades de lidar com o estado alterado de consciência.

Nesses eventos maiores, são formadas diversas equipes que se revezam atuando em diferentes frentes de serviço.

Tanto nas festas quanto nos festivais, um redutor, ou uma equipe desses, é mantido de plantão no posto médico para auxiliar pacientes e profissionais de saúde. A escolha desses redutores leva em conta os diferentes níveis de capacitação dos mesmos. Quando alguém é encaminhado ou busca atendimento, os redutores do posto de saúde ajudam na escolha do procedimento a ser adotado, evitando, por exemplo, que sejam ministrados medicamentos em casos nos quais se constata apenas a necessidade de acompanhamento terapêutico. Nessas situações, o usuário pode escolher entre permanecer no posto ou ser encaminhado para o S.O.S. Balance que, em eventos menores, pode ser improvisado e funcionar no info-stand.

O acompanhamento terapêutico é feito por redutores que, através do diálogo, buscam acalmar aqueles que apresentam quadros de ansiedade, confusão, angústia ou dissociação, em virtude do uso de alguma substância. Em circunstâncias assim, os redutores também podem acompanhar o usuário até o posto médico.

Além de dar atenção e, eventualmente, cuidados aos usuários, o info-stand é o espaço dedicado à distribuição de preservativos, *flyers e kits sniff* à exibição de filmes, documentários e painéis sobre psicoativos e, ocasionalmente, a realização de testes de algumas substâncias.

Para tanto, em um espaço de quatro a cinco metros quadrados, costumeiramente situado em local de circulação de pessoas, monta-se um toldo ou improvisa-se uma estrutura de bambu coberta de palha e lona. As laterais são feitas com lycra e, no chão, tapetes de fibra natural (esteiras) ou tatames de borracha acomodam o público. Luzes negras e decoração fosforescente completam o ambiente, adequando-o ao clima do evento.

Tradicionalmente, nas ações de redução de danos em que se distribuem preservativos, a sua entrega é realizada pessoalmente, na busca de criar um vínculo entre o redutor e o usuário. Contudo, durante as festas e festivais, a entrega de preservativos a indivíduos, quase sempre em grupo e sob efeito de psicoativos, pode ser constrangedora e motivo de chacotas, sendo até sujeita a ser interpretada como um convite a práticas sexuais. A distribuição exclusiva no info-stand garante a disponibilidade desse insumo e evita desperdícios.

Os informativos impressos distribuídos no info-stand são chamados de *flyers*, tais quais os impressos usados para divulgação de eventos e casas noturnas. As ocorrências presenciadas pelos redutores e o diálogo franco com os usuários aprofundaram o conhecimento sobre a cultura e os modos de consumo de diversos psicoativos. Tal conhecimento serviu de subsídio para a formatação das campanhas de redução de riscos e danos utilizadas pelo Balance. Assim, nos *flyers*, utiliza-se o linguajar dos usuários e as informações são agrupadas de acordo com o tipo de substância.

Um dos *flyers* é chamado de “psiconauta-mix”, pois reúne informações sobre ayahuasca, cogumelos, jurema, peiote, *Salvia divinorum* e zabumba. Os outros modelos informam, separadamente, sobre álcool, anfetaminas, cocaína e crack, ecstasy, ketamina, LSD-25 e maconha. Em todos os impressos, há lembretes sobre a importância do uso de preservativo, sobre os riscos de conflito com a Lei (devido à ilicitude de algumas substâncias) e sobre os riscos de acidentes de trânsito associados ao consumo de psicoativos.

O impresso a respeito do álcool traz informações que permitem aos usuários saber dos efeitos, riscos e danos do uso de bebidas alcoólicas simultâneo ao consumo de outras substâncias psicoativas. Embora o uso de crack não tenha sido detec-

tado nas festas de música eletrônica, o *flyer* sobre cocaína também contém informações sobre ele. Este é o primeiro impresso de redução de danos brasileiro que associa, na mesma mídia, essas variações da mesma substância.

O texto sobre ecstasy alerta para os riscos de adulteração ou mesmo falsificação do que seria um comprimido de MDMA. De maneira semelhante, o informe sobre LSD-25 recomenda cuidado com a potência da dose, difícil de controlar devido às diferentes formas em que a substância é encontrada.

Os *flyers* sobre anfetaminas e ketamina foram desenvolvidos após a detecção do consumo desses estimulantes nas festas. Nos eventos, pôde-se constatar que o consumo de maconha é abundante, portanto, desenvolveu-se, também, um cartão exclusivamente sobre os riscos e danos de se consumir essa planta. Levando em conta os riscos apresentados pelos locais onde muitos dos eventos são realizados, como fazendas, sítios, bosques e praias desertas, incluiu-se, nos *flyers*, mensagens que estimulam os participantes a tomarem cuidado ao explorar o terreno, a se protegerem do sol, usarem filtro solar assim como a manter o corpo hidratado.

No info-stand, esporadicamente, é distribuído o *kit sniff*, conjunto de acessórios para usuários de cocaína. Com o intuito de alertar sobre os riscos de contaminação, ele foi desenvolvido através da parceria entre usuários e redutores da ONG paulistana “Centro de Convivência É de Lei”. Oriundo de outro estado, esse insumo tem uma distribuição irregular, mas, quando ocorre, tem grande aceitação por parte do público.

O kit consiste em um porta-documentos de plástico, contendo canudos para inalação, uma base de alumínio e um cartão de material não aderente para a divisão e preparo do estimulante. Textos impressos na embalagem, no cartão e nos canudos descartáveis recomendam aos usuários cautela e mo-

deração, aconselhando-os, também, a adotar cuidados com a higiene nas situações de uso.

É também no info-stand que filmes e documentários sobre psicoativos são projetados. Quando a ação acontece em um festival onde se programam outras mostras de cinema, além dessas exposições no stand, o Balance articula durante a pré-produção do evento a inclusão de obras relacionadas à temática na programação geral das apresentações.

Assim como as mostras cinematográficas, os workshops acontecem apenas nos eventos mais longos, são realizados durante o dia e têm horário e local previamente publicado na grade de acontecimentos do evento. Funcionam como espaços de diálogo entre usuários e especialistas redutores de riscos e danos, de distintas áreas do conhecimento como as Ciências Sociais, Psicologia, Medicina e Biologia. Neles, as discussões são iniciadas com uma apresentação de diferentes enfoques sobre substâncias psicoativas seguidas pelo debate com o público.

Durante os workshops, costuma-se fazer um teste de demonstração para determinar a pureza de um suposto comprimido de MDMA ou “bala”. Nessa demonstração, utiliza-se o EZ-TEST®, conhecido popularmente como bioteste, um kit produzido e distribuído, legalmente, por uma empresa holandesa de mesmo nome, composto pelos reagentes forenses Marquis®, Mandelin® e Mecke® que, ao serem misturados a uma determinada amostra, produzem uma reação colorimétrica específica para cada grupo químico por ele abrangido. (OLIVEIRA, 2010). A transformação na coloração de tal mistura e o tempo tomado pela mudança, indicam o grau de pureza da amostra. O bioteste reage rapidamente quando a amostra adicionada é pura. A ausência de reação adverte para a inexistência de MDMA e alterações lentas sugerem a prevalência de adulterantes. Para

checar o grau de pureza de uma amostra, basta comparar os resultados com a tabela que acompanha o EZ-TEST®.

Nos festivais, o bioteste também é feito no info-stand e essa tarefa fica por conta de redutores aptos a prestar maiores esclarecimentos sobre o procedimento, geralmente profissionais ou estudantes de Biologia, Farmácia ou Medicina. O teste é feito de maneira discreta, entretanto, os resultados são divulgados em uma tabela afixada em local visível no stand. (OLIVEIRA, 2010).

Testar diversas amostras e divulgar os resultados é uma estratégia adotada pelo Balance para alertar os usuários sobre os riscos de consumir substâncias de origem desconhecida. Considera-se que detectar e noticiar a existência de adulterantes nas “balas” é uma maneira eficaz de levar o público a refletir sobre os riscos e danos relacionados ao consumo de substâncias de origem desconhecida e de qualidade duvidosa.

As ações globais de redução de riscos e danos realizadas pelo Balance são pioneiras no Brasil. A distribuição de *kits sniff*, a realização de testes públicos e a criação do S.O.S são exemplos do quão inovadora é essa iniciativa. Para cada ação, os procedimentos são revisados e adaptados, de maneira a mantê-los em sintonia com o contexto cultural específico das festas. Dessa maneira, evita-se que as informações destoem da realidade dos usuários ou contrariem seus valores centrais, contribuindo para aumentar a credibilidade e a eficácia das campanhas.

As ações do Balance não contam com um esquema definido de financiamento. Geralmente, são feitos acordos informais em que as despesas são repartidas entre os membros do Coletivo e a produção da festa a cujo encargo, normalmente, fica fornecer a infraestrutura do info-stand e outros equipamentos a serem utilizados, assim como fichas de alimentação, água e

uma entrada extra para cada redutor de danos, que pode ser revendida por este. Às vezes, são também oferecidas ajudas de custo para fotocópias e transporte.

Inicialmente, o caráter voluntário e não remunerado do trabalho realizado pelos redutores de danos que trabalham no Balance não era sentido como um incômodo. Mas, a “profissionalização” de alguns de seus membros, que passaram a receber salário mensal para atuar como técnicos em outros programas de redução de danos mais estabelecidos, gerou desconforto em alguns voluntários. Nesse sentido, o Coletivo Balance de Redução de Danos se encontra em situação semelhante à de outros grupos e instituições que realizam projetos de redução de riscos e danos para usuários de substâncias psicoativas os quais sofrem severas dificuldades devido à baixa remuneração de seus técnicos e às incertezas que pairam sobre a continuidade dos financiamentos.

Não dispondo de nenhum status jurídico formal seja como ONG seja como OCIP, o Coletivo encontraria grande dificuldade em captar recursos se não tivesse contado com o respaldo do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD/UFBA) e com a parceria dos produtores de festas e festivais de música eletrônica.

A associação com o CETAD, conhecido centro universitário voltado para a clínica e a pesquisa no campo do uso de drogas, tem lhe garantido alguma legitimidade perante as autoridades oficiais, além de acesso a insumos, como preservativos, a serem distribuídos durante as ações. A parceria com os produtores da cena, apesar de certos desentendimentos iniciais, também é fundamental e vem se aperfeiçoando com o acúmulo de experiência. Contudo, alguns membros do Coletivo, durante discussões em reuniões ou na troca de e-mails ainda continuam a manifestar algumas reclamações a respeito do que é



percebido como falta de cuidado, por parte dos produtores das festas, na montagem e manutenção do info-stand do Balance durante as ações. Criticam também as formas de remuneração, tais como a concessão de vales alimentação e convites extras para os eventos.

As relações do Balance com a Academia, seja através do projeto de tese de Marcelo Andrade Guimarães, que lhe deu início, seja através da parceria com o CETAD, reconhecido nacionalmente como centro de excelência no trato de problemas relacionados ao uso de psicoativos, acabaram por colocar suas propostas em evidência em diversos foros de discussão. Assim, o ano de 2008 foi marcado por um conjunto de apresentações em congressos, nacionais e internacionais, ao lado de publicações científicas, todas versando sobre o projeto do Balance e realizadas por aquele antropólogo em coautoria com membros do coletivo. Finalmente, em 2009, a própria tese foi defendida e aprovada na UFBA. Em termos mais práticos, apesar das suas dificuldades em captar recursos, o Balance foi bem sucedido em adaptar à realidade brasileira técnicas inicialmente desenvolvidas em outros países. Criou-se um novo modelo de fazer redução de riscos e danos e apontou-se para as necessidades de uma parcela da população que, embora vivendo contextos menos marcados pela exclusão social, apresenta uma série de vulnerabilidades.

Através de suas iniciativas, o Balance conseguiu se estabelecer na cena nacional de música eletrônica e, atualmente, alguns dos integrantes do Coletivo já começam, até, a transmitir os resultados de sua experiência para novos grupos interessados em realizar ações similares em outros lugares. De forma ainda incipiente, as ações do Balance começam a introduzir, no campo de discussões sobre redução de danos, a problemática específica dos eventos de música eletrônica e ainda, ajudam

a chamar a atenção para o fato de que o policonsumo de drogas, como ecstasy, LSD, cocaína, maconha ou ketamina, juntamente com o abuso de bebidas alcoólicas, está deixando de ser uma prática exclusivamente associada a esse contexto musical, ocorrendo, cada vez mais, em outros ambientes festivos tais como shows de axé music, pagode, carnaval, etc. Surge, agora, a perspectiva de que, em pouco tempo, a metodologia desenvolvida pelo Balance passe a ser adaptada para uso em outros tipos de eventos.

As atuações do Coletivo Balance também têm ajudado a apontar para a importância de se ampliar o escopo das políticas de redução de danos. Originalmente, essas políticas eram primariamente voltadas para a redução da transmissão de certos vírus como os da AIDS ou das hepatites entre determinados segmentos da população, enfatizando os aspectos fisiológicos da saúde. Mas, na cena de música eletrônica, essa não é uma grande ameaça e as atividades do Balance, voltadas principalmente para a divulgação de informações que promovem o autocuidado, têm dado mais ênfase a danos menos específicos, de ordem psíquica e social, embora não deixem de prevenir sobre os riscos de transmissão de doenças contagiosas.

Atende-se assim às definições mais recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS) que concebem a saúde de maneira muito mais abrangente, levando em conta dimensões psíquicas e sociais, além das puramente biológicas. Mas essas, embora aceitas entre os eruditos, ainda não permearam plenamente para o campo do senso comum e continuam a causar certa estranheza até entre numerosos profissionais da saúde que relutam em abandonar os critérios essencialmente biológicos que acreditam serem os únicos a fornecerem uma base sólida em que possam fundamentar políticas verdadeiramente positivistas e científicas.

Dessa forma, podemos pensar que, com suas ações e com as discussões que enseja, o Coletivo Balance vem contribuindo de maneira efetiva não só para evitar riscos e danos na cena de música eletrônica, mas, também, para a difusão de um conceito mais abrangente de saúde, tanto entre os profissionais quanto na população como um todo. Através da promoção de discussões amplas sobre o significado social atribuído ao uso de substâncias psicoativas, tanto durante os eventos festivos quanto em outros fóruns, o Balance também tem feito importantes contribuições para o questionamento do status ilegal atribuído ao uso de determinadas drogas na nossa sociedade.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, C. C. **Raves**: encontros e disputas. São Paulo, 2005. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 2005.
- ALMEIDA, S. P. **Sobre o uso de ecstasy**: uma pesquisa com vistas à formulação de intervenção preventiva. São Paulo, 2005. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 2005.
- ANDRADE, M. M. **“Balas”, “doces” e outras “guloseimas”; coletivo balance de redução de danos; substâncias psicoativas**: uso, cultura e redução de danos na cena *psytrance* soteropolitana e conexões nacionais. Salvador, 2009. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia – UFBA, Salvador, 2009a. 275f.
- ANDRADE, Marcelo M; MACRAE, E; DUPLAT, I. C; MALHEIRO, L; VARGENS, M. **Drogas Sintéticas – LSD-25, ecstasy e afins**: música eletrônica e pânico moral. In: CONGRESSO DA ABRAMD SOBRE DROGAS E DEPENDÊNCIAS, n. 2, Rio de Janeiro, 2009b.
- COUTINHO, T. O uso do corpo nos festivais de música eletrônica. In: LABATE, B. et al. **Drogas e cultura**: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 411-432.

HOLLAND, J. M. D. **Ecstasy the complete guide**: a comprehensive look at the risk and benefits of MDMA. Rochester, Vermont: Park Street Press, 2001.

JENKINS, P. **Synthetic panics**: the symbolic politics of designer drugs. New York: New York University Press, 1999.

MELHECHI, A. **Psychedelia Britanica**: hallucinogenic drugs in Britain. London: Turnoround, 1997.

OLIVEIRA, Eric Gornik de. **Análise de substâncias psicoativas referidas como *ecstasy* ou “bala”, em circulação durante um festival de música eletrônica na Bahia em 2009 – 2010**. 2010. Artigo (Especialização em psicoativos: usos e usuários) – Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD, Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia – UFBA, Salvador, 2010.

PRATES, A. **O uso de psicoativos na cena de música eletrônica de Salvador – Bahia: uma investida inicial**. Salvador, 2006. Disponível em: <[http://www.neip.info/downloads/adriana/tx\\_01.pdf](http://www.neip.info/downloads/adriana/tx_01.pdf)>. Acesso em: 15 out. 2008.

SANTANA, Eder. LSD e ecstasy trazem riscos às festas de axé music. **A Tarde**, Salvador, 17 nov. 2007. p. 4.

# CONSUMIR E SER CONSUMIDO, EIS A QUESTÃO! UM RECORTE SOCIOANTROPOLÓGICO EM TORNO DO CONSUMO DE DROGAS POR PARTE DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

*Tom Valença<sup>55</sup>*

## Introdução

A construção do objeto deste artigo<sup>56</sup> decorreu de algumas inquietações relacionadas com o campo de atuação do autor, uma faculdade soteropolitana. Estando cotidianamente entre professores e estudantes, foi possível constatar certa tensão em torno do consumo de substâncias psicoativas por parte de alguns discentes, não apenas no território específico da academia, mas em torno de sua rede relacional. Assim, se os estudantes usuários até acoplavam tal consumo à sua construção identitária enquanto universitários, os estudantes contrários a este consumo viam nesta construção um estigma à representação “ideal” de uma cultura universitária. Para esses últimos, os primeiros incorriam em um desvio grave ao não restringir seu estilo de vida “hedonista” à esfera privada, enquanto os primeiros sustentavam que, se administrado com mecanismos

---

<sup>55</sup> Doutor em Ciências Sociais/UFBA. Professor de Psicologia/UNIJORGE. Antropólogo do CAPS AD Gey Espinheira; Membro da ABESUP/GIESP/NEIP.

<sup>56</sup> Este artigo é a síntese da tese de doutorado: *Consumir e ser consumido, eis a questão! (parte II) – outras configurações entre usuários de drogas numa cultura de consumo*. Salvador: PPGCS/UFBA, 2010.

de segurança, seu estilo de vida não precisaria se restringir ao desvio relacionado com o consumo velado pela transgressão aos controles sociais vigentes. Em meio a esse conflito de interesses, os usuários buscaram outros controles informais que estivessem em sintonia com a reflexividade característica à condição universitária.

Desse modo, pelo ângulo desses usuários, a sua construção identitária deve ser perspectivada aporisticamente enquanto *outsiders* que desejam ser estabelecidos e não como se devessem optar entre serem estabelecidos ou *outsiders*. Nesse sentido, entre os 22 estudantes pesquisados apenas um reconheceu problemas concretos para administrar seu estilo e estrutura de vida enquanto usuário. Os outros 21 apontaram estar em busca de status positivo que cancelasse o estigma do status negativo relacionado ao serem usuários, usando como arma o fato de serem universitários. Esta é uma perspectiva nativa construída pelos interlocutores com seus discursos, representações, rituais e sanções. Para investigar essa perspectiva, aqui foi construído um recorte socioantropológico que configura como o pesquisador realizou uma imersão nas práticas concernentes para vivenciar alguns valores com os quais os usuários compactuavam, valores não necessariamente dominantes no senso comum. Esse artigo tentará facilitar para que o leitor também possa, em alguma medida, realizar esta imersão.

### Aproximações etnográficas

A pergunta que o leitor pode e deve formular é: como é realizável esta imersão? Se alguns dos interlocutores já faziam parte da rede de relações do pesquisador, o que este precisou foi utilizar as situações de entrevista como ferramenta de apro-

ximação, um motivo para estabelecer contatos que possibilitassem uma vinculação. Assim, consegui estabelecer ou restabelecer uma ponte entre meu território e o deles, ponte que me permitisse estar mais próximo de seus estilos de vida. Com alguns eu fui a bares, com outros ,a festas e/ou shows, e com aqueles que frequentavam unidades de ensino onde o consumo de drogas era notório, cheguei a assistir aulas em suas turmas. Em 40% dos casos, cheguei a frequentar suas moradias, em situações outras que não as de entrevista, sendo que, depois de concluído o trabalho de campo, ainda mantivemos algum contato.

Faz-se imprescindível assinalar o quão importante foi o contato inicial, em suas casas ou em seus ambientes de estudo/trabalho quando me acolheram, pois já aí foi possível perceber os mecanismos de inserção e interação em suas áreas de atuação, seus controles informais para evitar que o status de usuário fosse convertido em estigma. Os que moravam longe dos pais e eram fumantes de maconha, fumaram enquanto entrevistados em suas residências; os que moravam com os pais e, dentre estes, nenhum era a favor do uso, preferiram ser entrevistados nas faculdades, onde alguns fizeram uso. Um usuário de cocaína, que morava só, cheirou a substância durante a entrevista.

Nesse sentido, a casa e a rua foram configuradas de acordo com a necessidade contingencial de adequação. Assim, há mais liberdade em casa para consumir quando não há interdição familiar, principalmente para os que moravam sem os pais. Para esses universitários, a rua significava o risco desnecessário e que devia ser evitado. Já para aqueles que moravam com as famílias tradicionais, a rua era um “risco seguro” que valia a pena ser corrido, enquanto a casa dos “pais caretas” era, seguramente, um risco a ser evitado.

Nesse contexto, a relação entre risco e segurança é dinâmica, quase sempre instável. Entre esses universitários usuários de drogas há interpretações conflitantes em relação aos riscos e danos associáveis. Uma estudante que atua como redutora de danos relatou:

*Leila Diniz – Quando eu comecei a trabalhar com redução de danos a galera começou a me esculhambar. Um dia cheguei no mirante pra fumar e tinha sete pessoas com ácido na cabeça, aí alguém falou: ‘Não venha com redução de danos pra cá não, porque a gente quer ampliar efeitos, sai pra lá com redução de danos’ ...eu fui um pouco ridicularizada com esse projeto no começo. Eles achavam ridículo como é que eu, uma pessoa que usa psicoativos vem com esse discurso careta? (risos). ‘Como é que uma pessoa que seis meses atrás tomava um ácido inteiro com a gente, agora recomenda que a gente tome só metade?’ Isso foi muito interessante porque me ajudou a pensar o projeto (de redução de danos). (VALENÇA, 2010, p. 90).*

Em meados de 2007, na faculdade onde a cena acima ocorreu, alguns estudantes usuários de maconha já não restringiam seu consumo aos locais mais reservados, gradativamente se espalhando pelos espaços do campus – jardins, estacionamento e até o Diretório Acadêmico –, aparentemente pouco preocupados em manter uma “área para fumantes” mais reservada e, assim, causando polêmica. O que ampliou o impasse é que esse foi um movimento contrário aos controles sociais cada vez mais impostos ao consumo de tabaco, controles esses com os quais muitos dos usuários de maconha concordam. Em função dessa situação, muitos atritos ocorreram. Uma funcionária administrativa da unidade chegou a ter uma alteração com um grupo de usuários que se reunia para fumar bem próximo às salas de aula, tentando, em uma reação bastante pontuada pela emoção, tomar o baseado das mãos de um dos estudantes, o que a levou a ser vista por muitos discentes e até docentes



– usuários e não usuários – como uma pessoa autoritária. A mesma estudante redutora de danos confirmou o fato:

*Leila Diniz – Ela [a funcionária] chegou uma vez gritando com a galera que tava fumando e algumas pessoas em reação diziam: ‘Eu não tou só fumando, eu tou fazendo um ato político, porque é um espaço que eu uso da minha forma’. Tentando mediar a situação, uma professora não usuária interferiu dizendo: ‘Eles vão fumar aonde, na rua? Na rua não pode!’.* (VALENÇA, 2010, p. 91).

Sem sobrevalorizar o aspecto emocional desse episódio específico, nem os estudantes nem a funcionária conseguiram reduzir os danos sociais da problemática – pelo contrário, até “incendiaram” o conflito. Foi passível de observação que os estudantes usuários envolvidos na polêmica cobraram certa flexibilidade de postura dos setores docentes e administrativos da academia – mas nem tanto deles mesmos – ao defenderem a delimitação do espaço universitário como um campo territorial onde deve haver maior compreensão para com suas demandas por parte da comunidade acadêmica, explicitado no “eu não tou só fumando, tou fazendo um ato político”. Nessa situação, esses usuários consideram os controles sociais estabelecidos pela comunidade acadêmica ortodoxa como obstáculos a serem vencidos na construção de suas identidades, na formulação de suas representações individuais e coletivas. Questionada sobre a possibilidade de um projeto de redução de danos sociais na faculdade ser bem-sucedido, Leila Diniz respondeu:

*- Eu acho que só de sentar e discutir já é uma redução de danos, porque eu acredito que a maior redução de danos é você tentar permitir que o outro pense sobre uma prática que pode parecer simples, mas é altamente complexa. A principal estratégia é a circulação de informações.* (VALENÇA, 2010, p. 91-2).

Ao não levar em conta a “circulação de informações”<sup>57</sup> muitas vezes contrárias aos seus interesses, ramificações desse mesmo grupo de usuários correram o risco de não estarem blindadas contra controles e sanções sociais correntes. No verão de 2007, um grupo de graduandos da área de Humanidades partiu de Salvador em um ônibus fretado para participar de um congresso no Rio de Janeiro. Nessa caravana havia muitos usuários – maconha, tabaco, álcool e ácido lisérgico foram as drogas mais consumidas na estrada. Alguns estudantes portavam alguma quantidade de maconha para comercializar, como sustentação econômica para a viagem. Chegando ao congresso, no clima festivo que se instaurou, um dos estudantes se empolgou tanto com sua “imunidade” por estar em uma caravana universitária que resolveu colocar uma placa pendurada no pescoço, indicando que vendia a erva. Sua estratégia de marketing funcionou tão rapidamente que acabou atraindo a atenção de muitos compradores e também da polícia, que o deteve em flagrante. O resto do grupo voltou para Salvador e ele continuou detido no Rio de Janeiro, para constrangimento e consternação de muitos de seus colegas de viagem, que acharam “injusta” sua detenção. A questão que se coloca diante desses dados é: se todos os envolvidos sabiam dos riscos, por que, ao invés de lamentar as consequências, não procuraram evitá-las? Por que não buscaram reduzir os riscos ao invés de lamentar a “injustiça” das sanções sociais aplicadas, sanções que, de acordo com as leis vigentes, carteira de estudante alguma poderia evitar?

Quando se coloca em pauta estratégias de redução de riscos e danos, há uma problematização central que precisa ser dimensionada, ou seja, essa redução de riscos e danos benefi-

---

<sup>57</sup> Informações que chegam não apenas nos bate-papos informais, mas por intermédio da mídia e dos próprios estudos acadêmicos.

cia especificamente que setores da sociedade? Por esse ângulo, é possível afirmar que a tentativa de orientar uma redução de riscos e danos entre estudantes com valores comuns ao grupo citado acima, é vista por estes como “carente”, como algo que beneficia muito mais aos não usuários. Desse modo, esses usuários parecem se contentar em buscar prioritariamente a “ampliação de efeitos”, até que uma situação traumática como a narrada no parágrafo anterior venha a acontecer. Em outras palavras, a redução de riscos só passou a ter sentido para esse grupo *depois* que os danos aconteceram. De todo modo, seria incorreto falar em riscos e danos como se fosse algo que esses universitários deveriam começar a aprender na universidade.

Em uma perspectiva pautada nas reflexões de alguns usuários, as estratégias de prevenção deveriam começar a ser trabalhadas em casa, onde toda educação começa. Em sentido contrário ao da representação dominante, de que droga se aprende a consumir nas ruas em meio à insegurança e ao risco não calculado, alguns interlocutores viveram suas experiências iniciáticas nos seios das próprias famílias:

Cleópatra – *Eu fumo já há 8 ou 9 anos, [na época da entrevista estava com 22] mas eu tenho contato com a maconha há bastante tempo porque meu pai é usuário.*

T. V. – *E a relação dele com você e a maconha é tranquila?*

Cleópatra – *Na verdade, desde pequena eu percebo que meu pai e meus tios, irmãos do meu pai, sempre fumavam, vi que tinha um cheiro diferente e que eles não fumavam em qualquer lugar. Quando eu tinha mais ou menos 8 anos, meu pai chegou pra mim e uma prima minha que o pai também fuma, e falou: ‘Ó, isso aqui que a gente fuma é maconha, cês vão ouvir muita coisa na rua e na televisão falando sobre isso, mas qualquer dúvida que vocês tiverem vocês vem perguntar pra gente’. Na hora que ele saiu, a gente: ‘Ah, é maconha!’ Aquela coisa de Jornal Nacional, de prisão, era uma coisa normal na nossa vida. Não é a*

*gente saber que era maconha que faria nossos pais virarem criminosos, e aí foi bem tranquilo.*

*Quando eu comecei a fumar, logo, de imediato, eu nem contei pro meu pai, a gente nem morava junto, mas, aos poucos, ele foi percebendo, o jeito de tar se vestindo, os amigos, o som que cê tá curtindo, um dia ele falou pra mim: ‘Ó, eu acho que cê tá fumando maconha, cê nunca me contou, mas da minha mão você só vai receber um baseado no dia que você chegar pra conversar comigo’. Eu tinha uns 15 [anos], eu pensei: bom, é o momento, porque meu pai sempre fumava perto de mim, eu tinha vontade de fumar e de fumar principalmente com ele, e conversar, e aí a relação é bem tranquila entre nós.*

*Eu nunca tive grandes problemas com minha família, minha mãe não gosta, não fuma, claro que se ela pudesse escolher ela preferia que eu não fumasse. [...] Dos cinco irmãos de meu pai, quatro fumam, e todos têm filhos com a vida muito bem estabilizada, e são muito carinhosos, é uma família muito grudada. Meu avô já perguntou pra meu pai se ele tinha dúvida que eu fumava maconha e meu pai respondeu que não tinha dúvida nenhuma. (VALENÇA, 2010, p. 119).*

Pelo que relata Cleópatra, é possível perceber que uma referência positiva em relação à maconha é representada por um usuário próximo, seu pai, que soube conduzir sua vida sem que o fumar maconha o estigmatizasse, assim como seus irmãos, usuários socialmente estabilizados. Essa representação favoreceu que Cleópatra construísse uma imagem positiva da cultura da maconha, diferentemente do que ela assistia nos telejornais. O pai de Cleópatra estabeleceu com ela uma relação face a face, onde a confiança foi o primeiro requisito de redução de riscos, explicitado na fala: “mas da minha mão você só vai receber um baseado no dia que você chegar pra conversar comigo”.

Conversar foi um meio para Cleópatra estabelecer vínculos sólidos, mostrando que a problemática das drogas pode

ser “trazida para a sala de jantar” sem ser necessariamente um assunto indigesto. E mesmo que, no polo contrário, esteja sua mãe, resistente ao consumo, com uma postura favorável estão os tios e primos, estabilizados e carinhosos, e mesmo o avô, ou seja, a oposição de sua mãe não determinou um ponto de conflito que caracterizasse uma família disfuncional, pois a representação que Cleópatra traz é a de “uma família muito grudada”. Entretanto, não há como naturalizar esta situação de diálogo e confiança como garantia contra os riscos do consumo, pois, cada caso familiar é um caso singular:

*Marley – Desde quando eu era pequeno minha mãe sempre falou que ela fumava, e me falou porque ela fumava, e eu nunca tive problema com isso, os amigos dela também fumam, todos bem sucedidos, todos com grandes exemplos de vida. Aquilo mostrava pra mim que a relação entre usuários de maconha e marginalidade e falta de querer fazer as coisas não tem nada a ver. Isso aí é de pessoa pra pessoa. Tem pessoas que são muito inteligentes, bem sucedidas que são usuárias de drogas. (VALENÇA, 2010, p. 120).*

Nesse exemplo, em que há uma relação de confiança estabelecida entre mãe e filho, se percebe que a representação trazida à tona – “os amigos dela também fumam, todos bem sucedidos” – não associa consumo de drogas e marginalidade, pelo contrário. Contudo, ter essa representação como mecanismo de redução de riscos não foi garantia para que Marley (20 anos) inicialmente não tivesse sérios problemas com seu consumo de drogas, consumo que, pelo período de um semestre, o aproximou da marginalidade, inclusive, afastando-o de sua mãe. Dois anos depois, ele se tornou um estudante de Informática bem sucedido e se considera um usuário ocasional. Como ele, há usuários que sustentam dificuldades para resolver a equação familiar e acabam buscando o espaço universitário

como alternativa para enfrentar o conflito. Uma das impressões iniciais que pôde ser construída no trabalho de campo foi que, para alguns usuários, ter uma carteira de estudante seria como ter uma insígnia distintiva que os blindaria contra o estigma e, até mesmo, contra as sanções sociais que circundam os usuários de drogas que não possuem o status de estudante. Assim indica Rimbaud, universitário com 22 anos de idade:

*- Antes era diferente, a faculdade traz uma perspectiva nova porque, antes, eu consumia como se fosse um rebelde. Na faculdade você tem menos sentimento de culpa, o espaço é protegido, sem preocupação, o como eu tinha quando fumava na rua, preocupação constante com a polícia, porque quando você tem uma quantidade grande de baseado, você tem que esconder em algum lugar. Na faculdade não, você tá conversando... (VALENÇA, 2010, p. 97).*

Nesse caso se percebe como a carteira de estudante é convertida em um capital simbólico que autoriza seus portadores usuários a se defenderem contra os valores que os estigmatizam. Além disso, não se deve esquecer que, se 36% dos interlocutores ainda moram com suas famílias as quais, de modo geral, são contrárias ao consumo de drogas, o território universitário, que durante os anos de ensino médio lhes fora “prometido” como o espaço da construção de uma identidade reconhecida pelo mundo adulto, ganha a significância de um “segundo lar”. Nesse lar, idealmente deve haver espaço para compensar os valores impostos no “primeiro lar”. Ainda de acordo com Rimbaud:

*- Quando ela (minha mãe) descobriu que eu fumava e que eu assumi, eu fazia questão de deixar baseado pra ela ver. Ela pegava e jogava fora, mas eu fazia no intuito de mostrar que naquela casa, que eu também moro lá, que eu tinha que ter minha liberdade. Agora na faculdade ela respeita muito mais, ela vê que eu tou estudando, eu tou*

*trabalhando, que eu não sou vagabundo maconheiro.* (VALENÇA, 2010, p. 98).

Ora, se esse segundo lar é um território onde os valores dominantes não devem ser impostos, mas construídos em conjunto, se pode especular que, na fala de Rimbaud, o espaço universitário seria um território viável para a construção de respeito pelo usuário: “Agora, na faculdade ela respeita muito mais, ela vê que eu tou estudando, eu tou trabalhando, que eu não sou vagabundo maconheiro”. Dessa forma, o território universitário configura o espaço cultural onde seria possível processar a ressignificação da imagem de um usuário. Rimbaud não é o único que exemplifica a questão:

*T.V. – Você, antes da entrevista disse que no último mês, não fumou maconha nos dias de aula, o que te levou a isso?*

*Marley – Ah, o estudo! Porque eu entrei na faculdade e tou estudando o que eu gosto, eu quero ser um profissional bem sucedido, eu quero ser um dos melhores alunos da faculdade, eu quero tirar as melhores notas, quero me empenhar bastante.*

*T.V. – Como você está se saindo?*

*Marley – Muito bem, o pessoal na sala me chama de gênio! [bem empolgado].*

*T.V. – Você se sente bem quando as pessoas te chamam de gênio?*

*Marley – Não me sinto muito bem não [rindo], na verdade eles é que são muito burros.*

*T.V. – Na faculdade, você não tá associando escola com uso de droga. Como é que tá sendo isso?*

*Marley – Tá sendo agradável, eu tou gostando, porque hoje eu tenho mais maturidade pra estudar, eu estudo de outra forma, eu assisto aula de outra forma, porque eu tou estudando o que eu gosto. (VALENÇA, 2010, p. 101).*

Nesse momento de sua carreira de estudante universitário, buscando outra forma de distinção que não a advinda do consumo de drogas – pois, no ensino médio “tava sempre fumando... era uma coisa que intensificava a amizade e distinguia a gente dos outros alunos” –, a representação de Marley como gênio parece imunizá-lo contra o estigma que algum tempo atrás o incomodava quando foi usuário de crack. Talvez essa informação provoque certo estranhamento para o leitor, afinal, diante da representação estabelecida dos usuários de crack como excluídos sem reversão, por que seria “natural” aceitar a representação de um ex-usuário que agora é considerado um gênio por seus colegas estudantes de informática? Uma percepção presente para os interlocutores é que as representações de usuários de drogas tendiam a refletir menos o discurso emitido do lugar do usuário que o seu papel como o elo mais vulnerável da rede de consumo – principalmente sendo o comércio das drogas ilícitas um dos mais rentáveis. Na pesquisa realizada com professores usuários<sup>58</sup>, essa representação já era motivo de reflexividade:

*Nêmesis – Eu me lembro que quando surgiu aquela propaganda<sup>59</sup>, que eu ficava pensando: a gente que consome, a gente tá alimentando o tráfico... Eu fiquei muito preocupada com isso. Quando via a propaganda, eu dizia: ‘Nossa Senhora, é fato! Não vou parar de comprar, mas eu tô alimentando também, eu tô alimentando a marginalidade...’.* (VALENÇA, 2005, p. 41).

Nesse recorte, o usuário passou de alienado a financiador da violência, sem que sua voz fosse ouvida. Contudo, a maioria dos interlocutores – professores e estudantes – resiste à na-

<sup>58</sup> Dissertação de Mestrado. PPGCS, UFBA, Salvador, 2005.

<sup>59</sup> A propaganda mostra o dinheiro saindo da mão de um consumidor para a mão de um traficante, sendo então trocado por uma arma.



turalização do estigma da violência em suas carreiras e estilo de vida. E onde foi possível constatar este estilo de vida e seus mecanismos de resistência? Participando, tanto quanto observando vários territórios de consumo – barzinho, *rave*, shows de rock e até casamento – pude registrar os controles elaborados pelos usuários. Nesses territórios, a maioria dos usuários não se colocou como pessoas que devem se esconder por receio de serem representadas como desviantes, mas como pessoas que são parte de culturas alternativas com características específicas que as resguardam de adversidades específicas.

Numa festa de casamento, foi possível perceber o movimento para o consumo de cocaína, maconha e álcool. Se havia muitos convidados não usuários de SPAs ilícitas – em torno de cem pessoas, membros das famílias e amigos dos noivos que, no geral, só consumiam álcool –, em nenhum momento foi percebido um movimento de consumo de ilícitos que transgredisse as normas da convivência pacífica entre os usuários e os não usuários. Em meio aos que consumiram cocaína, houve uma ou duas tentativas de fazer uma vaquinha<sup>60</sup> – em um total de seis pessoas envolvidas, dois eram estudantes e uma professora – para juntar dinheiro para a aquisição. Sem que “os caretas” percebessem, a conversação aconteceu no salão de jogos, mas, metade dos evocados se recusou a contribuir, alegando falta de dinheiro. O restante do grupo, então, elegeu duas pessoas para sair no transcorrer da festa e realizar a compra.

Nesse meio tempo, foi possível perceber a ansiedade entre os que ficaram esperando: mesmo dançando ou jogando sinuca e sempre bebendo, a toda hora alguém perguntava: cadê? E quando, finalmente, os aviões<sup>61</sup> chegaram das compras, houve, por parte dos que esperavam sem ter contribuído,

---

<sup>60</sup> Vaquinha = juntar dinheiro entre alguns para comprar drogas.

<sup>61</sup> Aviões = aqueles que vão realizar a compra das drogas.

uma dissimulação da ansiedade, traduzida em: “Oh, vocês já chegaram! Foi rápido!”. Em contrapartida, por parte de quem contribuiu com dinheiro, houve uma manifestação explícita da ansiedade expressa no “Porra, que demora!”. Discretamente, os seis se retiraram para um quarto no andar superior onde se realizou a partilha. Chegando lá, os que se recusaram a contribuir se aproximaram pedindo uma presença<sup>62</sup> aos que contribuíram e foi notório o incômodo destes com os pedintes, que acabaram sendo parcialmente satisfeitos, possivelmente para não continuarem pedindo, mas, mesmo assim, posteriormente foram atrás de quem tinha, dessa vez sendo negados em suas demandas. Talvez por isso e pelo temor de que mais convidados aparecessem para a partilha, pôde-se perceber alguma urgência entre os usuários contribuintes para retornar ao centro da festa, ou, pelo menos, para não permanecerem juntos no mesmo local de consumo por muito tempo.

Já entre os fumantes de maconha, a reunião de usuários em um dos jardins não foi nada problemática, pois estavam afastados o bastante do centro da festa para que o cheiro não incomodasse, inclusive sendo respeitados pelos seguranças armados, que perceberam toda a movimentação. Na rodada que pude observar, entre os oito presentes, dois eram professores e três eram estudantes. As trocas comunicacionais entre esses fumantes foram amistosas e acompanhadas de risos e piadas sobre os aspectos filosóficos do casamento e do próprio fato de se sentirem seguros com a presença dos seguranças armados, e não o contrário. Um dos fumantes também havia tomado um quarto de ácido lisérgico pra se “preparar pra uma *rave* que iria acontecer na madrugada”. Dois baseados foram consumidos e, depois, o grupo voltou para a pista de dança, antes passando pelo bar para recarregar os copos. Depois se dividiram em

---

<sup>62</sup> Presença = a doação de uma porção de substância.

dois grupos, dançando e conversando animadamente pela meia hora seguinte.

Assim, nessa festa de casamento foi registrado de que maneira usuários de maconha e cocaína se organizam em função dos seus consumos sem gerar danos sociais<sup>63</sup>, diferentemente do atrito percebido em torno de alguns consumidores de álcool que assediaram pessoas comprometidas. O consumo abusivo de álcool foi relacionado, por parte de alguns participantes, à falta de respeito dos usuários por valores tradicionais.

### A cultura cotidiana e o reencantamento do saber

Mas há interlocutores que não se contentam com *zonas autônomas temporárias*<sup>64</sup> e buscam configurar *zonas interativas permanentes*. Um bom exemplo é representado pelo coletivo Ativismo, redução de danos, pesquisa e informação sobre drogas (ANANDA), que é formado por pesquisadores, redutores de danos e ativistas em prol da legalização da maconha. A origem do coletivo se deu em meio à cultura universitária soteropolitana, mas seu campo de ação não se fechou nesse território, na busca por estabelecer um contato frequente com a sociedade civil.

Quando surgiu, em 2007, a meta da comunidade era quase que exclusivamente pesquisar os usos psicoativos e não psicoativos da *cannabis*. Em função das proibições da Marcha

---

<sup>63</sup> Como também foi registrado em shows de rock na Concha Acústica do Teatro Castro Alves ou em shows de jazz no Museu de Arte Moderna.

<sup>64</sup> A zona autônoma temporária é uma categoria usada por Bay que remete a configurações efêmeras onde, por um período curto de tempo, se estabelecem regras e controles alternativos que imputam sentido, principalmente para os que se encontram nos limites internos da zona. Não é um cancelamento dos valores dominantes, mas sua suspensão ou, pelo menos, sua relativização. Os festivais de música eletrônica são exemplos dessas zonas. (VALENÇA, 2010, p. 153).

da Maconha<sup>65</sup> nos anos seguintes, quando, inclusive, em decorrência de uma liminar do Ministério Público, foi instaurado inquérito policial para averiguar se integrantes do coletivo estavam fazendo apologia e estabelecendo associação com o tráfico, a ANANDA passou, em 2009, a abraçar, em sua configuração, também ativistas e redutores de danos, resultando em um coletivo que objetiva desenvolver uma cultura positiva dos usos da maconha. Essa busca por desestigmatização da cultura da maconha é perspectivada pelo coletivo como um processo de reparação de “um erro histórico”, o proibicionismo<sup>66</sup>.

Se as carteiras de estudante de muitos dos membros da ANANDA foram insuficientes para garantir que o movimento não fosse representado de maneira estigmatizada, a penetração dessa comunidade para além dos espaços estudantis foi intensificada, desde que a proibição da marcha da maconha, em Salvador, pelo segundo ano consecutivo, se tornou um marco emblemático na reflexão e ação sobre a problemática contemporânea das drogas. Vetar o direito à livre expressão dos contrários à criminalização da maconha com o argumento de que tal manifestação pública é apologética de comportamento criminoso e que sua propagação deveria ser restrita ao âmbito acadêmico acabou caracterizando a academia como um espaço de pouco contato com a sociedade civil, fechado sobre si, onde tal discussão não geraria “contágio” reflexivo nos valores vigentes. Superar essa perspectiva demandou um grau de confiança e organização que resultou na operacionalização de um *blog* como ferramenta de comunicação, onde podem ser encontrados, além de debates de questões urgentes, como a agressão

---

<sup>65</sup> Marcha que, desde 1994, já vem acontecendo, anualmente, em mais de 200 cidades espalhadas pelo mundo.

<sup>66</sup> O proibicionismo se caracteriza por estabelecer controles sociais formais, sancionando limites sobre práticas culturais de grupos configurados como desviantes, *outsiders*, da ordem dominante.

que um dos integrantes do coletivo sofreu por parte da Polícia Civil ao ser flagrado portando dois baseados, *links* que permitem acessar centros de atenção, defensoria pública, leis, pesquisas e entrevistas sobre a temática.

A *Marcha da Maconha 2009* foi proibida de ocorrer na data original, após a Justiça acatar uma liminar do Ministério Público. Com essa interdição oficializada, o coletivo adiou o evento e nesse ínterim entrou com recurso jurídico. Em setembro de 2009, o coletivo conseguiu um *Habeas Corpus* que garantiu segurança judicial para a realização da marcha. No dia 5 de dezembro de 2009, a marcha da maconha aconteceu. Em torno de mil pessoas estiveram presentes na manifestação, pessoas de setores distintos da sociedade – além de estudantes e professores, puderam ser identificados médicos, artistas, jornalistas e uma simpática Mãe de Santo, devidamente trajada, à frente do cortejo. Como uma sorridente porta-bandeira, ela carregava um cartaz com os dizeres: “Contra a criminalização do usuário da maconha”<sup>67</sup>.

No Farol da Barra, em uma tarde de sábado, a manifestação fez o trânsito parar de circular por quase uma hora, mas foi perceptível que os motoristas e passageiros não manifestaram maiores irritações. Alguns de dentro dos carros e ônibus sorriam e até cantavam em tom de brincadeira, as músicas que os integrantes da marcha cantavam – *sou maconheiro/ com muito amooooor/* foi o refrão mais entoado. Alguns leram os panfletos distribuídos, com surpresa, outros, com ampla receptividade, mas não foram percebidas hostilizações à manifestação. Nesse contexto, a maco-

---

<sup>67</sup> De acordo com um dos organizadores da Marcha: “O lance da Mãe-de-Santo foi algo muito louco. Ela é quem nos procurou, perguntando se poderia ir na Marcha. Me mandou um e-mail! eu disse que é claro, iríamos adorar, e ela pareceu com os netinhos, a placa já pronta e toda vestida de baiana, inclusive com os detalhes verdes. Ela disse que não é usuária mas o filho é, e ela não quer que ele morra por isso”.

nha foi consumida não como substância, mas como informação ressignificada. Nessa busca por uma interpenetração segura com a sociedade civil, o que está em jogo é uma proposta mais ousada do que a configuração de *zonas autônomas temporárias*. Na prática, o coletivo ANANDA buscou sustentar *zonas interativas permanentes* que garantissem a possibilidade de desfrutar de valores culturais alternativos aos estabelecidos, não durante horas ou dias, mas por tempo indeterminado.

Também na dimensão individual, há interlocutores que incorporam a cultura positiva das drogas ao seu discurso político. Um desses interlocutores explicita que seu estilo de vida cotidiano passa por um reencantamento com o saber:

Pancho Villa – *Quando eu era garoto li um livro que falava de várias drogas e pra mim chamou muito a atenção que dizia que maconha era uma droga que não causava overdose, e eu pensei: ‘Que porra é essa?’ Isso instigou várias coisas e, desde então, eu comecei a ler tudo sobre maconha. Na sequência descobri que os amigos no prédio fumavam e as primeiras vezes que fumei pensei: ‘O efeito é muito bom, bom pra caralho!’.* Descobri que falavam mal de uma coisa que não fazia mal. Me senti na obrigação de me colocar como usuário e defender contra alguém que falava mal, que eu sabia que era mentira. *Eu sempre li muito, eu sempre fui da turma o excêntrico, quando eu passei a fumar passei a ser o que defendia a maconha.* (VALENÇA, 2010, p. 131).

Essa situação é plenamente compatível com uma postura de alguém que encontrou o reencantamento com o saber, não através da teoria, mas sim, de sua própria prática, o que o levou à ressignificação de estigmas e à construção de um discurso com instrumental universitário intensamente reflexivo. Pancho (28 anos) almeja não só contestar o parecer de especialistas como também busca se tornar um especialista ao contestar tais pareceres. Nessa perspectiva, interpretando

o ponto de vista da maioria dos interlocutores em relação às suas estruturas de vida, seria mais preciso falar em *habitus* sociais ao invés de vícios ou mesmo dependência<sup>68</sup>, para descrever seus comportamentos em torno do consumo de drogas. Hábitos porque, se 41% desses interlocutores consomem maconha diariamente e outros 50% consomem maconha e álcool semanalmente, estamos nos referindo a um consumo habitual e não ocasional que acontece uma vez por mês ou mesmo por ano. Por outro lado, apenas 5% desses interlocutores relacionam, de modo sistemático, sua produção e atuação em papéis cotidianos com o consumo de drogas, daí seria pouco preciso falar em “vício” no sentido de as substâncias ocuparem um lugar central em suas vidas. Nesse enquadre, é possível cogitar que o consumo de drogas enquanto reincidência habitual de um comportamento que põe em risco os interlocutores só vem a obter sentido se for possível ser representado como um processo no qual as drogas enquanto objetos de consumo são ressignificadas, acrescentando-se às suas propriedades químicas, memórias afetivas positivas. Nas palavras dos próprios interlocutores, é perceptível que haja ressignificações em torno do consumo, resgatando sentidos que estiveram presentes em alguma circunstância marcante do passado:

Mozart – *Pra mim droga sempre teve no meio de descobertas. Ninguém sente o que sentiu a primeira vez* [cantarolando]: ‘*A primeira vezzzzz!/tudo começou/ a primeira vezzzz!*’ [Risos]. (VALENÇA, 2010, p. 155).

---

<sup>68</sup> Não é apenas no senso comum que a representação do sujeito como “viciado” ou dependente é dominante em detrimento da representação do sujeito como usuário. Na base metodológica de muitas pesquisas, o uso na vida acaba sendo interpretado como se o fato de usar drogas uma vez, indicasse que o usuário se tornou dependente, quando não “viciado”.

O sentido desse cantarolar de Mozart pode ser interpretado como: ninguém sente o que sentiu a primeira vez, mas continua tentando sentir. A repetição de um comportamento em busca de uma representação afetivamente carregada de sentido pode até ser interpretada, psicanalítica ou filosoficamente, como uma busca do resgate do momento primordial ou do eterno retorno ao ponto de partida. Mozart ao transformar o axioma em música – o que, nesse contexto, quer dizer poesia – já demonstra estar dando algum sentido, no mínimo, momentaneamente prazeroso à sua busca. Já as palavras de Marley e de Hofmann quase fecham o sentido em torno da impossibilidade de resgatar esse prazer arcaico e de certa maneira arquetípico, associado ao consumo de substâncias psicoativas:

*T.V. – O que você gostava no crack que não gostava na cocaína?*

*Marley – Era muito mais forte. Uma sensação de euforia, cê ficava... sentia o gosto e queria sentir mais e cada vez mais. Cada vez que você fumava mais você sentia menos o gosto. Cê fumava mais e mais pra sentir o gosto que sentiu na primeira vez. (VALENÇA, 2010, p.156).*

*Hofmann – Quando viajei a Amsterdã, tive acesso a LSD, êxtase, depois eu voltei pra cá interessado em ter outras experiências com essas coisas. Eu tinha 22 anos. Eu fui a Amsterdã com a intenção de conhecer essas coisas. Quando eu voltei pra cá foi uma decepção atrás da outra, eu nunca mais encontrei o que eu encontrei lá. (VALENÇA, 2010, p.156).*

O eterno retorno a um momento de satisfação sacralizado enquanto representação é uma interpretação que cabe para essas falas de Mozart, Marley e Hofmann. A busca, mesmo não atingindo seu objetivo último – na impossibilidade da satisfação plena –, cumpre seu papel enquanto ritual, pois é o que motiva o consumidor a consumir mais. Enquanto Mozart emi-



tiu uma expressão de contentamento ao falar sobre a maconha sorrindo e gesticulando expansivamente, Marley falou sobre o crack cabisbaixo e pensativo. Já Hofmann se expressou sobre as substâncias sintéticas com serenidade e olhos que pareciam não piscar para não perderem minha reação às suas palavras.

Outros interlocutores, quando as configurações de consumo em relação às drogas passam a ter seus sentidos incontornavelmente esvaziados, buscam configurações onde novas ritualizações de consumo possam ter curso. É o caso de Blavatsky que se cansou de fumar até dez baseados por dia:

*T. V. – E como foi quando ao chegar aos 28 anos de idade esta situação de consumo intenso de maconha se tornou incômoda?*

*Blavatsky – Quando eu entrei em contato com esse chá [a ayahuasca], ele possibilita à gente um contato com o sagrado, e é uma coisa que do ponto de vista da experiência, é muito mais forte do que a maconha. Comecei a perceber que aquele uso compulsivo da maconha tava me prejudicando, no sentido de que eu tenho uma mediunidade muito aguçada. Na minha visão de mundo, aquilo abriu minha energia pro campo espiritual. Como eu tinha essa mediunidade, eu captava muita coisa que não era legal, eu convivia com pessoas que não tinham uma energia muito legal, em contextos tipo bares, enquanto que a ayahuasca era uma substância psicoativa usada dentro de um contexto ritualístico. Essa religião tem uma visão negativa de drogas, então, eu acho que isso influenciou também, eu tava num grupo com uma visão e eu tava com um comportamento fora da visão. (VALENÇA, 2010, p. 159).*

Blavatsky passou a interpretar que o seu campo de lazer onde havia consumo de maconha já não proporcionava mais satisfação e sim um desconforto, “uma visão negativa de drogas”. Desse modo, ela começou a tentar reconfigurar suas demandas de acordo com a comunidade que estava começando a conhecer, desconstruindo uma carreira na comunidade de

maconheiros para construir uma carreira que trazia novos sentidos, novos significados para sua busca de satisfação no território dos ayahuasqueiros.

### Reflexões finais: incluídos e excluídos na busca por felicidade

Enfatizando a perspectiva mercadológica, à exceção de um único interlocutor – justamente um que atualmente só consome uma substância, a ayahuasca, como “o remédio” –, todos os outros participantes da pesquisa acreditam que a política proibicionista acaba agregando violência ao consumo. Já as substâncias psicoativas comercializadas como medicamentos, que não agregam violência física ao mercado de consumo, são apontadas, por alguns interlocutores residentes em medicina, como produtos que podem sedimentar o processo de consumo como uma relação de mercado cuja violência está na sua quase compulsoriedade. Um deles é enfático:

*Buda – Há um consenso de que antidepressivo e ansiolíticos não são drogas, são remédios. Receitar um destes hoje é normal, porque você sabe que muitos médicos trabalham juntos com os laboratórios. Nos EUA, se um médico não adota os consensos da indústria farmacêutica [para prescrever medicamentos em praticamente toda consulta], pode ser processado pelos pacientes que vão ali pra receber alguma prescrição e não para ouvir conversa. Querem fazer o mesmo por aqui. (VALENÇA, 2010, p. 172).*

O aspecto criticado por esse residente é a cristalização da medicalização como um processo de consumo de bens de saúde por pessoas que, ao confiar nos especialistas médicos, demandam a administração de fármacos como incontornável. Nessa perspectiva, o consumo deixa de ser um direito e passa a ser um dever, mas o ponto de vista deste pós-graduando não é

universal. Para Jorge Pagura, ex-secretário de Saúde da Prefeitura de São Paulo e neurocirurgião do Hospital Albert Einstein, a cultura da medicalização não acarreta riscos à segurança do consumidor, pois “o importante é que as pessoas tenham bem-estar e se aliviem das tensões que as acometem no dia-a-dia”, (VALENÇA, 2010, p. 296). Os riscos procedentes dessa banalização do consumo parecem estar amortecidos em decorrência de sua incorporação às práticas cotidianas:

*Vício em remédio supera abuso de drogas ilícitas* (FSP, 25/02/10)

Um relatório com dados de 2009 divulgado ontem pela Junta Internacional de Fiscalização a Entorpecentes, ligada à ONU, revela que houve um crescimento no abuso de medicamentos, que, em alguns países, tornou-se mais comum do que o consumo excessivo de drogas ilícitas como heroína, cocaína e ecstasy juntas.

Remédios como benzodiazepínicos (tranquilizantes), analgésicos opióides e anfetaminas (como os inibidores de apetite) estão entre os mais usados para esse fim – em doses acima ou para fins diferentes do recomendado. Muitos são de tarja preta, mas podem ser comprados na internet, contrabandeados ou falsificados. (VALENÇA, 2010, p. 296).

Segundo os interlocutores residentes na área médica – seis no total –, esse é um discurso corrente em suas escolas. Não fugindo à perspectiva, alguns desses estudantes relatam que vêem as drogas ilícitas de suas escolhas como substâncias ansiolíticas (é o caso da maconha), ou como antidepressivas (no caso do ecstasy). Essa cultura positiva das drogas, balizada por um saber especializado, as consagra como remédios. De acordo com esse raciocínio, em uma cultura de consumo onde as pessoas dispõem de ferramentas que aliviam as tensões do dia-a-dia, é possível interpretar que celebridades do porte do cantor Michael Jackson e do ator Heath Ledger não

foram vítimas de erros médicos ou suicidas acidentais, foram pessoas que tentaram aliviar as tensões e pagaram com a própria vida o consumo das suas escolhas.

Este presente artigo é a síntese de uma pesquisa bem mais extensa e complexa. E se o objetivo geral de tal investigação foi apreender como o universitário consumidor de drogas interage com as representações sociais dominantes e os controles sociais civilizatórios, e se sinaliza outro(s) modo(s) de representação e de controles sociais que contemple(m) tal consumo – na medida em que para manter seu estilo de vida, ele precisa configurar uma estrutura de vida e torná-la representação – foi fundamental a abordagem qualitativa adotada para levar a investigação a cabo. De modo contrário, seria muito difícil ter uma aproximação do estilo de vida correspondente e, então, se teria construído dados quantitativos em um quadro descontextualizado. Abraçando uma postura socioantropológica foi possível conviver quatorze meses com esses interlocutores e, através dessa imersão etnográfica, foi constatado como o tipo de reflexividade que circula na cultura universitária os afeta de modo que novos *habitus* sociais passam a ser incorporados em seus estilos de vida. Dentro dos seus campos relacionais, esses interlocutores ressignificaram modelos de relação buscando estreitar laços de confiança e tendendo a interpretar a sua comunidade universitária como uma família eletiva, escolhida em adequação com sua “liberdade de opção”.

Essas novas configurações não se restringiram ao território acadêmico, perpassando seus vários campos relacionais e, se as mudanças de representações observadas não se limitaram ao consumo de drogas, é preciso apontar que esses interlocutores mostraram novas significações para as relações que envolvem confiança, como amizade, sexualidade, política, religiosidade, e o papel social do universitário e de sua cultura.

Em uma dimensão social mais ampla, tais interlocutores transitam numa cultura cotidiana onde, além da normatização do consumo de fármacos com efeitos psicoativos, gradativamente, há mais controles formais e informais para o consumo de álcool e tabaco; mais tolerância para o consumo controlado de maconha, principalmente, o medicinal; menos tolerância e mais representações estigmatizantes quanto aos danos associados ao consumo de cocaína e crack; e uma maior distinção da ayahuasca pela sua utilização como recurso terapêutico para minorar os danos do uso abusivo do álcool e da cocaína.

Ao fim e ao cabo, não apenas convivem, pois, tais interlocutores são proativos nesse processo de câmbio de representações, alguns como pesquisadores da problemática outros como militantes a favor da causa antiproibicionista. No que se refere aos limites dos controles sociais que a política proibicionista propõe, como também quanto aos limites da autonomia que a cultura universitária sustenta, esses sujeitos estão formando novas representações quanto ao que pode ser interpretado como estabelecido ou *outsider*, incluído ou excluído, integrado ou desviante, saudável ou patológico. E enquanto ressignificam valores seguem sustentando sua busca por doses de felicidade no cotidiano. Eis a questão!

## REFERÊNCIAS

- BECKER, H. **Outsiders; studies in the sociology of deviance**. New York: The Free Press, 1997.
- ESCOHOTADO, A. **Historia general de las drogas**: fenomenología de las drogas. Madrid: Espasa Calpe, 2008.
- ELIAS, N.; SCOTSON, J. **Os estabelecidos e os outsiders**: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2000.

MACRAE, E. Redução de danos para o uso de Cannabis. In: SILVEIRA, D.; MOREIRA, F. (Orgs.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006.

ROMANI, O. Prohibicionismo y drogas: ¿un modelo de gestión social agotado? In: BERGALLI, R. (Org.). **Sistema penal y problemas sociales**. Valencia: Tirant lo Blanch, 2003. p. 429-50.

VALENÇA, T. **Consumir e ser consumido, eis a questão! configurações entre usuários de drogas numa cultura de consumo**. Salvador, 2005. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

VALENÇA, T. **Consumir e ser consumido, eis a questão! (parte II) outras configurações entre usuários de drogas numa cultura de consumo**. Salvador, 2010. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

VELHO, G. **Nobres e anjos; um estudo de tóxicos e hierarquias**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

PARTE II

DA CLÍNICA





# TOXICOMANIA: UM IMPERATIVO DE GOZO<sup>69</sup>

Luiz Alberto Tavares<sup>70</sup>

## Introdução

A prática clínica com usuários de drogas, sobretudo aqueles que se denominam ou são denominados de dependentes ou toxicômanos, nos levou a indagar a posição radical em que se encontram, marcada por um imperativo ao consumo e, conseqüentemente, por um gozo impossível de ser a princípio abdicado.

A teoria psicanalítica nos auxilia nessa abordagem e recorro ao *Seminário: Mais, ainda* (1972) em que encontramos uma definição contundente de Jacques Lacan: “Nada força ninguém a gozar, senão o supereu. O supereu é o imperativo de gozo: Goza!” (1982, p. 11). A partir desse enunciado, proponho fazer um percurso a fim de localizar o que é nomeado de supereu no texto freudiano e identificar como Lacan o associa à questão do gozo para, finalmente, situá-lo no modo particular como se apresenta na clínica com toxicômanos.

Embora em textos iniciais de Freud já esteja posta a referência à Consciência Moral como uma instância reguladora das relações humanas no seu processo civilizatório, o termo supe-

---

<sup>69</sup> Trabalho apresentado na XX Jornada de Psicanálise do Espaço Moebius - Salvador, BA - Nov. 2010.

<sup>70</sup> Psiquiatra – Psicanalista. Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/UFBA. Membro do Espaço Moebius Psicanálise.

reu será, pela primeira vez, nomeado na sua obra “O ego e o id” (1923) em que aparece com uma evidente posição estruturante no aparelho psíquico. (1969, v. 19, p. 42-54). Nessa publicação, o termo tem um caráter ambíguo, sendo, a todo instante, relacionado ao conceito de ideal do eu, não havendo uma diferenciação clara dessas duas funções. O supereu surge, também, na forma de sentimento de culpa, de crítica, instância atrelada a uma função reguladora, punitiva, enfim, a um imperativo que é de ordem moral e que regularia as relações do indivíduo com o mundo externo.

É dessa forma que Freud se refere ao Complexo de Édipo e aos mecanismos de identificação daí oriundos, para ressaltar a importância do pai na formação do supereu. Essa instância se constituiria por uma internalização da autoridade das figuras parentais, sendo o pai, nessas circunstâncias, referido como modelo. Introjeção de valores que define o supereu como herdeiro do Complexo de Édipo, função normatizante que aparece como o não e onde encontramos o imperativo categórico da proibição, da Lei do pai.

Sabemos que muitos analistas que sucederam Freud realizaram uma leitura de cunho reducionista, pouco precisa, ao privilegiarem essa via da normatização do supereu, adjetivando-o de benévolo, protetor, ausente, assegurado do êxito, dentre outros atributos. Dessa forma foram deixados de lado os paradoxos freudianos em torno dessa conceituação e que, justamente, permitiram avanços na sua teorização, como o proposto posteriormente por Lacan.

Freud diz no “Esboço de Psicanálise” (1940): “Alguma parte das aquisições culturais indubitavelmente deixou um precipitado atrás de si no id; muita coisa do que é contribuição do superego despertará eco no id” (1969, p. 237). Dessa forma, acompanhando Freud, o supereu é também herdeiro do isso que instiga a partir do pulsional. Por aí caminhamos ao cons-

tatar que a questão do supereu ultrapassa a simples identificação com os progenitores, até o declínio do Édipo, enfatizando que há algo da pulsão aí implicado.

Em “O mal estar na civilização” (1930), Freud retoma o conceito de pulsão de morte e de supereu, apontando para um refinamento do dualismo pulsional. Assinala o caráter silencioso, pouco perceptível da pulsão de morte cujo aspecto repetitivo, destrutivo, mais além do princípio do prazer, se dirige tanto para os outros quanto para o próprio eu. O supereu é aqui apresentado como polarizador e catalisador de toda a agressividade entre o exterior e o eu. Assim, a agressividade recalcada pelas exigências da civilização, retornaria na forma de supereu.

Por esse caminho, Freud transita do supereu, enquanto instância reguladora, normativa, para as vias de um excesso, para algo que se voltaria contra o próprio sujeito. A via da agressividade nos permite uma aproximação da questão do gozo. Freud diz em “O mal estar na civilização”:

[...] os homens não são criaturas gentis que desejam ser amadas e que, no máximo, podem defender-se quando atacadas; pelo contrário, são criaturas entre cujos dotes pulsionais devem-se levar em conta uma poderosa quota de agressividade e em resultado disso o seu próximo é, para eles, não apenas um ajudante potencial ou um objeto sexual, mas também alguém que os tenta a satisfazer sobre ele sua agressividade, a explorar sua capacidade de trabalho sem compensação, utilizá-lo sexualmente sem o seu consentimento, apoderar-se de suas posses, humilhá-lo, causar-lhe sofrimento, torturá-lo e matá-lo. (1969, p. 133).

Lacan comenta essa passagem no Seminário *A ética da psicanálise* (1959-60) com certa ironia, dizendo que o texto de

Freud parece com o de Sade, e que Freud nos guia pela mão para dizer que **o gozo é um mal** – ele é um mal porque comporta o mal ao próximo. (1991, p. 225). A existência do Bem, no sentido kantiano do bem para todos, é algo que não se coloca para o sujeito. O moralista tradicional tenta nos persuadir de que o prazer é um bem, que a via do bem nos é traçada pelo prazer. Em muitos casos, observamos que, “em nome do prazer”, um primeiro passo, um pouco mais sério, é dado em direção ao gozo, como verificaremos na prática clínica com toxicômanos.

Lacan coloca, inicialmente, a primazia imaginária do supereu referindo-o como uma figura, uma “figura feroz”, tal como nos mostra nessa formulação do Seminário *Os escritos técnicos de Freud* (1953-54):

O supereu é a um só tempo, a lei e a sua destruição [...] a lei se reduz inteiramente a alguma coisa que é uma palavra privada de todos os sentidos. É dessa forma que o supereu acaba por se identificar àquilo que há de mais devastador, de mais fascinante nas experiências primitivas do sujeito. Acaba por se identificar ao que chamo figura feroz, às figuras que podemos ligar aos traumatismos primitivos, sejam elas quais forem que a criança sofreu. (1983, p. 123).

Trata-se, também para Lacan, da relação do supereu com o registro da lei. Nesse contexto, ele transita da lei proibitiva do pai para a lei da linguagem. Essa relação com a lei, para o supereu, é da ordem da tirania e da insensatez, revelando-se como o próprio desconhecimento da lei. Dessa forma, alude que o imperativo do supereu aflora da fissura da lei simbólica.

Em várias passagens do Seminário *A identificação* (1961-62), Lacan (2003) fala da relação do sujeito com o significante, situando-a na sua articulação primordial com a linguagem,

com o Outro inaugural. Refere-se aqui ao S1 (traço unário) enquanto matriz fundante do sujeito, o mais íntimo de nós mesmos; suporte da cadeia que escapa ao sentido.

O S1, significante mestre, alude ao momento de identificação inaugural com o significante radical. Nessa direção, S1 introduz, submete o ser falante em uma relação de total assujeitamento à linguagem. Com S1, desconhecemos, a princípio, a significação, já que, para isso, seria necessária a introdução de um segundo significante S2 (o saber), que dará sentido ao primeiro de forma retroativa. Com S1, trata-se de uma lei insensata, apelo privado de todos os sentidos. Por isso, na sua raiz, o supereu tem sido articulado a esse S1. Situamos aqui uma primeira premissa lacaniana ao tomar o S1 como manifestação do imperativo de gozo. (CAMPOS, 2009).

No Seminário *A angústia* (1962-63), Lacan aborda o supereu como uma das formas do objeto *a*: mais especificamente como o objeto voz. A constituição do sujeito a partir do campo do Outro, faz cair o objeto *a* como resíduo dessa operação. É do Outro que ele “ouve primeiro um tu és [...] sem atributo, que chega ao sujeito de forma interrompida” (2004, p. 297). Para Lacan, não é possível instituir o *Je* sem esse “tu és” interrompido (que ele aproxima do supereu). *Tu* que se precipita e toma posse da intimidade.

Linguagem, desamparo e dependência configuram a base do supereu, que está excluído e, ao mesmo tempo, se manifesta no interior do sujeito, como sua mais íntima exterioridade.

A voz aqui não é assimilada, o que seria vinculado à comunicação, à linguística, dimensão puramente simbólica e articulada ao significante, mas que é **incorporada**, em alguma instância, pelo sujeito – objeto *a* – na sua dimensão de real.

Ao abordar o que é da ordem da comunicação e do que se incorpora por outra via, ocorreu-me um fragmento clínico.

Recebo uma mãe que busca ajuda para o filho usuário de crack. Anuncia que vem para falar da *droga do seu filho*. Diz que, desde muito pequeno o advertia sobre os perigos da droga, pelo medo que tinha que se tornasse um drogado. Quando havia um programa na televisão sobre drogas ela sempre o convocava para vê-lo. Também falava dos perigos da droga, desde que entrou para a escola. Mostrava o exemplo do tio drogado para que ele não o seguisse. Não entende porque o filho passou a se drogar tanto. Ao final, conclui que falou *demais* da droga para o filho. O que seria esse *amais* que ultrapassa qualquer boa intenção da comunicação, da informação e que, nesse caso, funciona de modo paradoxal para esse filho? Nasio nos ajuda nessa formulação quando diz:

O sentido da proibição, sentido que pode ser veiculado através de qualquer fala simbólica e estruturante, é anulado pelo som penetrante da vociferação parental. O som fantasiado expulsa o sentido simbólico e se converte, no cerne do eu, no domicílio sonoro, isolado e errante que constitui a sede mórbida do supereu tirânico. (1977, p. 134).

Dessa forma a voz não se assimila, ela se incorpora. Opera como pura ordem desencarnada a partir do campo do Outro de forma imperativa: Goza! Supereu, objeto voz, a serviço do gozo.

Como vimos em Lacan, encontramos um supereu atrelado à noção de real, S1, significante sozinho, solto na cadeia, ou então como objeto voz. A voz como aquilo que do sujeito é indizível, impossível de se integrar à cadeia significante e que Lacan nomeia como “mais de gozar”. O supereu na dimensão de real se coloca então para Lacan como intrusão do Outro, através de um imperativo impossível de se realizar, justamen-

te, porque se remete a um além do Outro. A impossibilidade se dá porque o imperativo se origina justamente daquilo que do Outro é ilimitado, sem sentido, o que pode ser mortífero para o sujeito.

O gozo, para o neurótico, é marcado por um furo que não lhe deixa outra via senão a do gozo fálico. Há uma localização do gozo a partir do significante fálico, da inscrição do Nome do pai, ou seja, a partir da castração. É um gozo que tem borda, é limitado pelo significante.

É na prática clínica em uma instituição de atendimento para usuários de drogas que acolhemos demandas muito particulares. São pacientes que chegam identificados ao significante drogado, viciado e nos falam da sua impossibilidade de parar de consumir a droga. Dizem: “o crack é imbatível”, “a droga é mais forte do que eu”, “fico agoniado, alguma coisa dentro de mim me chama prá usar e ai não consigo parar”. Essas falas ilustram a intensidade da relação à qual estão submetidos e que apontam na direção de um imperativo ao consumo.

Em “O mal estar na civilização” (1930), Freud fala da impossibilidade do ser falante de encontrar a felicidade e, para tanto, recorre a métodos que aliviarão o seu sofrimento. Diz: “O mais grosseiro embora também o mais eficaz desses métodos de influência é o químico. Com ele nos tornamos incapazes de receber impulsos desagradáveis” (1969, p. 96).

Freud diz que a última técnica vital que permite ao sujeito satisfações substitutivas é a fuga na doença nervosa (o sintoma). Diz também que diante do fracasso desse recurso, pela via do sintoma, a intoxicação crônica se apresenta como uma **solução**. O sujeito escolhe a droga buscando aliviar o sofrimento, a impossibilidade de suportar a dor da sua ex-istência. Para não enlouquecer ou morrer, usa a droga. O enunciado do toxicodependente é: encontrei a felicidade! Paradoxo que se sustenta na

sua impossibilidade, pois, ao se aproximar demais do objeto, é capturado por um gozo que o precipita em direção à morte.

Dissemos, anteriormente, que a submissão à função fálica implica para o sujeito perdas constitutivas que o conduzem a se ordenar frente ao desejo e a sua posição sexuada. O gozo fálico sustenta o sujeito nas relações sociais reguladas por uma lei ordenadora. Nesse sentido, a posição do toxicômano é muito singular. Ele escapa desse compromisso. Coloca-se em uma posição de ruptura, ao eleger um objeto com o qual passa a ter um vínculo exclusivo.

Diz um paciente: – *Quando uso o crack fico desconectado do mundo real. Não penso nada, só sinto o meu corpo que fica oco, um pedaço de carne.*

Foge, por essa via, de todos os apelos impostos pelo Outro social, pelo Outro sexual. Ele nada quer saber, nada quer pensar. Na droga encontra-se pleno, em um verdadeiro casamento. Quando busca tratamento é porque algo não vai bem nessa relação: uma dose maior, um problema clínico, uma questão com a justiça, uma família que já não aguenta mais.

Lacan<sup>71</sup> nos auxilia a considerar essa posição, quando comenta a angústia do pequeno Hans ao constatar que estava casado com seu “faz pipi”. Diz que, no garoto, a angústia surgiu do seu embaraço diante da emergência de um gozo ligado ao seu próprio sexo. É aí que Lacan, em uma única oportunidade em que se refere à droga com esse nome, no seu ensino, define que o recurso à droga é o que permite escapar desse casamento, permite escapar do gozo fálico.

A fobia, em Hans, surge como uma resposta diante da angústia causada pelo embaraço com o seu “faz pipi”; já a dro-

---

<sup>71</sup> Comentário feito na sessão de encerramento da Jornada de Estudos de Carcêis em 13 de abril de 1957. (1980, p. 117).



ga é o que produz a ruptura nesse casamento. Trata-se, portanto, de uma ruptura relativa à acomodação fálica, através de um artifício que o sujeito busca em um objeto do mercado. Identificado à droga, o toxicômano a ela se cola em posição de objeto e encontra uma pretensa unidade. Forma particular de gozo que prescinde do Outro. Mais de gozar absoluto. Dessa forma, submete-se às exigências de um gozo incessante e repetitivo, movido pelo excesso de satisfação.

Diz um paciente: - *Eu tenho uma relação umbilical com o crack. Não consigo conceber a minha existência sem a droga. Quando eu uso, sinto um “bum” e me transporto prá o Nirvana. Fico anestesiado. Depois, não tem mais graça. Aí, começo tudo de novo.*

No toxicômano, a voz do supereu testemunha uma certa inoperância do Nome-do-Pai, enquanto função de circunscrição e limitação ao gozo, que sabemos ser não todo domesticado por sua lei. Ponto de falha no simbólico.

Voltemos a Lacan na sua afirmativa do *Seminário 20*, por onde iniciei esse percurso: Nada força ninguém a gozar, senão o supereu com seu imperativo: Goza!

O toxicômano pensa ter feito uma eleição. Pensa que elegeu um objeto para aplacar seu mal-estar existencial. Mas, puro engano, é o objeto que o captura, pois passa a ser comandado por ele. De consumidor passa a ser consumido. Não é que o toxicômano não queira deixar de usar droga; é que ele não pode. Não pode barrar esse imperativo.

Verificamos, então, o paradoxo que nos parece ser de maior relevância nessa abordagem. Ao tentar uma saída pela via da droga o sujeito a ela se aliena de forma incondicional. Fica sem saída. A tentativa de ruptura pelo engodo da droga traz como contrapartida a injunção cada vez mais feroz do su-

pereu. Estamos no terreno do excesso, da desmedida. De uma lei insensata que é o próprio desconhecimento da lei.

Na contemporaneidade, o sujeito é empurrado ao consumo, identificando-se com os objetos mais de gozar produzidos pela indústria. Os apelos comerciais, midiáticos nos convocam ao consumo. O toxicômano, entretanto, revela a face mais radical desse apelo, por estar em absoluto assujeitamento ao objeto. O sujeito do desejo abolido fica então o corpo como resto, puro gozo! Corpo oco, pedaço de carne, como bem definiu meu paciente.

Um comentário sobre a questão da abstinência, nomeada de “fissura” pelos toxicômanos, e que é descrita como uma vontade incontrolável, incoercível de consumir o produto. Do ponto de vista médico, a abstinência tem sido habitualmente associada aos efeitos químicos da droga. Após um uso intenso, ocorrem modificações neurofisiológicas que acarretam sinais físicos de desconforto, em um curto período de tempo, quando da suspensão do produto (descrita como síndrome de abstinência). Mas, para além dos aspectos químicos aqui implicados, cabe-nos questionar de que ordem seria essa falta, nomeada de “fissura”.

O humano na sua constituição subjetiva é marcado por operações que apontam para um falta constitutiva. Se em um determinado momento o sujeito experiência uma ilusão de completude, por se constituir como um ser de linguagem vai esbarrar sempre na dimensão do inominável, encontrando ao longo da vida, tão somente objetos substitutivos, que mascaram essa dimensão do impossível. Trata-se, portanto, do objeto perdido, irrecuperável. Deslizamos nos objetos de eleição e ora os vestimos, ora nos distanciamos, ora nos fazemos passar por eles, mas, ao final, acabam nos escapando sempre. Para o toxicômano a droga mascara essa falta primordial, o objeto droga

encarna a dimensão da completude que se disfarça então como uma exigência do próprio organismo.

Foi curioso escutar de um paciente, em suspensão do uso do crack há seis meses, dizer: – *Eu não posso passar por aquele lugar, é como se o crack estivesse me chamando*. Refere inclusive, nesse momento, a manifestação de efeitos físicos que seriam compatíveis com o que é descrito como síndrome de abstinência e que, do ponto de vista fisiológico, não se aplicaria ao caso do paciente, pelo longo tempo de suspensão da droga. Esse chamado, essa “fissura”, mais do que química, parece se configurar como um dos nomes do supereu. Voz muda, apelo entranhado no corpo de um modo enviesado.

Na perspectiva do tratamento, a referência à abstinência também merece ser abordada. Ao privilegiarem a toxicidade do produto, muitos tratamentos se inserem em uma lógica centrada no ideal da abstinência, sendo o toxicômano ora visto como uma vítima do produto, ora como um desviante social cuja conduta deve ser normatizada.

Sabemos que a proposição clínica norteadada por uma ética que leva em conta o simples afastamento do produto não inibe o seu consumo nem leva em conta a complexidade que implica essa prática aditiva. Pensamos que condutas clínicas que tomam a droga como um mal a ser extirpado traduzem uma perspectiva simplista e equivocada do ponto de vista teórico. Parece-nos que essa prática se aproxima da ideia, também equivocada, de um supereu moral, normativo que necessitaria ser reabilitado, fortalecido. Reabilitação da chamada “voz da consciência”. O fracasso dessa empreitada é constatado na curiosa e trágica descrição de relatos de pacientes que, após serem internados de forma compulsória, por um tempo prolongado, se precipitam, no momento da saída do internamento, em um uso voraz e intenso da droga que os leva à morte, em

muitos casos. Injunção do supereu que retorna na sua face ainda mais mortífera.

A prática clínica com esses pacientes nos revela a complexidade que envolve o tema das toxicomanias. Essa complexidade se manifesta no desafio de articular uma abordagem singular, instigante e de difícil manejo, com a teoria psicanalítica que não cessa de nos interrogar e provocar novas possibilidades de intervenção. O dispositivo analítico, nessa clínica, revela os seus impasses na transferência (o saber está do lado do toxicômano e não suposto ao analista), na formalização da demanda de tratamento (vêm, geralmente, em nome do Outro e não com uma demanda própria), mas, sobretudo, na implicação do sujeito na queixa que veicula, de modo a re-situar sua responsabilidade na prática de consumo, responsabilidade sempre deslocada para o produto, tomado, a princípio, como causa do seu sofrimento. Trata-se, então, de uma travessia da droga como causa para a droga como questão. Essa passagem é problemática. Se a droga é uma formação de ruptura, qualquer aproximação que aponte para outro movimento é sempre muito ameaçadora.

Prática clínica de começos e interrupções, entradas e saídas, tentativas de contornos e construção de bordas que permitam alguma implicação do toxicômano na fala que veicula. Dessa forma, talvez seja possível algum deslocamento e o encontro com fazeres diferentes, com outros objetos do mundo, talvez outras satisfações, sem o brilho mortificante em que está capturado pelo objeto droga.

Essa perspectiva difere daquela apontada por outdoors espalhados por toda a cidade de Salvador que, há algum tempo atrás, estampavam, de forma sensacionalista: “Crack, cadeia ou caixão”. Anúncio de um supereu implacável que vocifera a sua sentença final.

## REFERÊNCIAS

- CAMPOS, Maria Elisa. **Crimes do supereu**: da insensatez da lei às suas ficções. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <www.bibliotecadigital.ufmg.br>. Acesso em: 27 jul. 2010.
- FREUD, Sigmund. O ego e o id (1923). In: \_\_\_\_\_. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XIX, p. 42-54.
- FREUD, Sigmund. Esboço de psicanálise (1938 [1940]). In: \_\_\_\_\_. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XXIII, p. 169-246.
- FREUD, Sigmund. O mal estar na civilização (1930 [1929]). In: \_\_\_\_\_. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XXI. p. 81-178.
- GERBASE, Jairo. (Org.) **Avatares do supereu**. Salvador: Associação Científica Campo Psicanalítico, 2008.
- GEREZ-AMBERTIN, Marta. **Imperativos do supereu**: testemunhos clínicos. São Paulo: Escuta, 2006.
- GEREZ-AMBERTIN, Marta. **Las voces del superyo**. Buenos Aires: Manantial, 1993.
- LACAN, Jacques. **O seminário; livro 20**: mais, ainda (1972-1973). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1982.
- LACAN, Jacques. **O seminário; livro 7**: a ética da psicanálise (1959-1960). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.
- LACAN, Jacques. **O seminário; livro 1**: os escritos técnicos de Freud (1953-1954). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1983.
- LACAN, Jacques. **O seminário; livro 10**: a angústia (1962-1963). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004. p. 291-303.
- LACAN, Jacques. **O seminário; livro 9**: a identificação (1961-1962). Tradução Ivan Correa e Marcos Bagno. Recife, 2003. Inédito. Publicação para circulação interna do Centro de Estudos Freudianos do Recife.
- LACAN, Jacques. Jornadas de Estudos de Cartéis da Escola Freudiana: sessão de encerramento (1975). **Letra Freudiana** – Documentos para uma Escola, Rio de Janeiro, ano 1, 1980.

MATOS, Anderson Nazareno. **Um supereu que não se dilui**. Belo Horizonte, 2007. Disponível em: <[www.bibliotecadigital.ufmg.br](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br)>. Acesso em: 31 ago. 2010.

NASIO, Juan David. **Lições sobre os sete conceitos cruciais da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

**TOXIBASE – Revue Documentaire**: Clinique Psychanalytique et Toxicomanie, Paris, n. 3, p. 8-11, 1993.

# ESPAÇO FAMÍLIA - INTERVENÇÃO EM UMA INSTITUIÇÃO PARA USUÁRIOS DE DROGAS

*Marlize Rêgo<sup>72</sup>*

## Apresentação

A clínica das toxicomanias apresenta uma extensa variedade fenomenológica que assume diferentes revestimentos de acordo com o tempo e o espaço. A família é considerada como um subconjunto desta clínica e o seu atendimento é terreno fértil para a leitura de novos modos de gozo na atualidade.

A presença maciça de familiares buscando, a princípio, orientação para lidar com filhos usuários abre um espaço de reflexão. Afinal, seria ingênuo acreditar que tamanha mobilização diante deste fato se justifique apenas pelo desespero daquele que se representa como o que ama e quer cuidar. É verdade que esse consumo lhes diz respeito, os provoca e os remete a não ditos fundamentais, e é justamente por isso que é preciso acolhê-los na sua demanda inicial, para, em seguida, responsabilizá-los. Caso contrário, redobra-se imaginariamente o que deve ser desmontado, ou seja, o engano da onipotência, representado pela culpa e/ou vitimização.

---

<sup>72</sup> Psicóloga. Psicanalista. Coordenadora do Espaço Família, Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD/UFBA).

## Família

A família nuclear ocidental sofre, ao longo do tempo, grandes modificações, assumindo diferentes contornos. Em uma perspectiva sociológica, define-se família como grupo de pessoas ligadas por descendência, a partir de um ancestral comum, matrimônio ou adoção. Compõe-se de um conjunto de indivíduos com papéis socialmente reconhecidos, estabelecendo interação regular e recorrente. Em geral, esses papéis sociais se confundem com o biológico.

Nessa perspectiva, a noção de família se organiza, ao longo da história, em dois eixos em torno dos quais aparecem modos diversos de “manifestações” familiares, a saber: a conjugalidade – definida pelo encontro entre duas pessoas de dois grupos familiares diferentes que se juntam e inauguram outro grupo familiar; e a parentalidade – que possibilita a continuação e/ou transgressão de valores entre as gerações, bem como a transmissão dos saberes e das atitudes herdadas de uma geração a outra. (JULIEN, 2000).

Em outras palavras, as transformações ocorridas durante séculos no âmbito da instituição familiar assim como os diversos modos de encará-la, ao longo das gerações, se baseiam em torno da questão biológica (posicionamento frente à diferença sexual) e simbólica (modo de lidar com a lei, que inclui os interditos e a autorização).

Essas mudanças na organização familiar não são inócuas, trazendo consequências importantes na transmissão da autoridade, representante da lei simbólica. Se a família “dita” tradicional se organiza em torno da crença de um mundo imutável, onde a autoridade é centrada no poder absoluto do pai, na modernidade, este poder se dilui. Fundada no amor romântico, a família deixa de ter como objetivo a manutenção e a



transmissão do patrimônio e passa a defender a reciprocidade dos sentimentos e os desejos carnis por intermédio do casamento. Os pais dividem em igualdade de condição, junto com o estado (em alguns países, de forma mais ou menos acentuada), a responsabilidade na criação e educação dos filhos.

A transmissão da autoridade se problematiza na contemporaneidade, quando a organização familiar muda de padrão. Com o advento da pílula e a conseqüente liberdade sexual, a família não é mais o único e principal objetivo do casal. Ambos buscam realização profissional e sexual. Os casamentos passam a ter duração relativa e redobram as personagens da cena familiar. Os divórcios, separações e recomposições conjugais aumentam, o que significa a convivência com meios irmãos, padrastos, filhos de padrastos, etc. Figuras sociais se interpoem entre pais e filhos assumindo um lugar de saber.

O avanço da ciência – sobretudo com o desenvolvimento dos métodos contraceptivos e a reprodução assistida – facilita a introdução de questionamentos a respeito do casamento e da procriação, já que a paternidade social se separa da paternidade biológica. As mulheres passam a dominar inteiramente a procriação e os homossexuais, por sua vez, reivindicam o direito de participar do processo de filiação. Além disso, o acesso a novas informações em um tempo super veloz e as conquistas da mulher nos âmbitos profissional e sexual relativizam o poder, antes centralizado na figura paterna, que passa a ser prescindível para a concepção e a criação da prole.

A evolução histórico-social da organização familiar inclui novas formas de sintoma, novos modos de gozar e de se colocar no mundo. Diversos autores consideram o declínio da autoridade como responsável pelos fenômenos crescentes de violência, sobretudo nas grandes cidades. Nas sociedades pós-industriais e, sobretudo, a partir do século XX, aumentam os

atos violentos com características de barbárie – assassinato de pais e professores por crianças cada vez mais jovens, agressões físicas contra representantes de minorias (homossexuais, prostitutas, mendigos), crimes hediondos, em geral, com características do explícito. O uso abusivo de drogas aparece associado, sobretudo pela mídia, a esses atos. No entanto, não seria essa mais uma forma de extravasar, colocar em ato, no concreto do mundo, o que não encontra escoadouro simbólico?

Para além da visão sociológica, abre-se uma nova perspectiva que compreende a família como rede de operações necessárias para inscrever o ser falante. Essas operações definem o modo com que o sujeito lida com o Outro, com os objetos e com o mundo. O que está em jogo, nesse caso, são funções que sofrem deslocamento. Uma função contém um lugar vazio que poderá ser ocupado por diferentes elementos, em momentos distintos. É possível haver deslocamento. A função é soberana ao papel social na inscrição do ser falante.

A família então, nessa perspectiva, não está formada pelo marido, a esposa e os filhos, mas pelo nome do pai, pelo desejo da mãe e pelos objetos a, representantes da falta constitutiva. Ela tem sua origem no não dito, no segredo sobre o gozo, sobre do que goza pai e mãe. (MILLER, 1993).

### Operações de inscrição do ser falante

O filhote humano nasce fisiologicamente prematuro e, no dizer de Freud, desamparado, necessitando, inicialmente, de cuidados específicos de um Outro primordial para sobreviver. Assim, ser alimentado, ser limpo, ser cuidado, sugere uma passividade inicial, submissão ao Outro. O engano é acreditar que a partir daí estará para sempre amarrado a essa condição, ou seja, terá sempre um cuidador ou, fazendo um certo giro, ele-

gerá objetos dos quais cuidará. Esse momento é fundamental, mas deverá ser ultrapassado. O que interessa é a função, oferecida pela encarnação de alguém. Por ser, em geral, a mãe que a representa, fica registrado como sua ocupação. E aí muitos enganos podem se instalar.

A função de mãe – desejo de mãe – operação fundamental para a inscrição do ser falante, é justamente o lugar de ausência (que não deve ser confundido com abandono). É quando ela não comparece, quando a ela falta, que o bebê humano poderá se defrontar, ele também, com a condição de desejante.

O modo pelo qual se instala essa primeira operação, a de inscrição de um vazio, determina o modo de inscrição da função paterna – segunda operação – que aponta para a condição essencial de falta, onde é impossível gozar de todos os objetos. É a impossibilidade que está em jogo e não a proibição. A parceria potência-impotência, muito presente na clínica com familiares de toxicômanos, revela a não instalação desse impossível.

Além disso, a função paterna autoriza – “Vá que você pode” (criar expedientes para lidar com o impossível). Essa autorização primeira inaugura para o ser falante a possibilidade de outras autorizações que, ao longo de sua trajetória, ele passa a fazer a si mesmo. Sem essa autorização fica a crença de impotência diante do mundo. Autorizar-se implica em separação, posição reflexiva: se cuidar, se fazer.

Essa rede de operações marca uma encruzilhada existencial. O modo de inscrição e a organização desses elementos produzem a clínica do particular.

### **Espaço Família: uma proposta clínica**

O Espaço Família é uma estratégia oferecida a famílias em uma instituição para usuários de drogas. Seu objetivo

principal é proporcionar a reflexão sobre a problemática que envolve o consumo e suas consequências, possibilitando um reposicionamento desse sujeito/familiar frente a essa questão. Espaço semanal, coordenado por uma psicanalista, no qual, diariamente, novos participantes chegam com demandas variadas. É um trabalho voltado para cada familiar, sendo que as relações familiares aparecem como relações imaginárias que poderão ser atravessadas ao longo do processo. Assim, respeitando o tempo de cada um, passa-se do foco das relações imaginárias para o apontamento de questões relacionadas ao posicionamento de cada participante.

A ideia de espaço refere movimento, possibilidade de deslocamento, construção de novas trajetórias e aponta para a ideia de borda, de dentro e fora, logo, de pertencimento. Novas inscrições vão operar, possibilitando a criação de expedientes simbólicos que permitirão o deslocamento de posição desses que se apresentam inicialmente colados na “droga do filho”.

Por familiar, entende-se toda e qualquer pessoa que chega em nome de terceiros, “pré-ocupados” com o consumo de drogas de alguém. Cabe ressaltar o “pré”, prévio, modo de antecipação do que, na visão desses familiares, poderá acontecer com seus filhos (pais, maridos, etc.) usuários de drogas, o que impede uma adequada ocupação do problema. Em geral, esses familiares se apresentam “tomados” com o que se passa com o dito usuário, apontando que algo não vai bem. A queixa é do outro e pelo outro. Entretanto, quem diz que algo não vai bem, necessariamente tem a ver com isso.

O trabalho se sustenta, respectivamente, em dois eixos principais que se entrecruzam: o primeiro, território das identificações, dos ditos e não ditos familiares; as histórias que sustentam a família com seus imperativos e vaticínios. Cada história é contada e recontada, possibilitando um deslocamento,

transformação das certezas em questionamentos. É importante nessa dimensão resgatar as três gerações – avô, pai e filho – que, muitas vezes, se apresentam coladas entre si.

O outro eixo aponta para o modo pelo qual esse sujeito/familiar se representa, como se estruturou em relação à falta, como se posiciona, que uso faz do seu “usuário”.

Os familiares chegam de diferentes formas e apresentam demandas diversas: aqueles que buscam orientação em relação ao filho, usuário de drogas, encharcados de preconceitos, buscam desesperadamente uma resposta, uma solução do que pensam que já “sabem”. *“Meu filho vai morrer...”*; *“da maconha para a cocaína e assim por diante, daqui a pouco vai assaltar...”*; *“tudo por causa das más companhias...”*, são apenas alguns exemplos das inúmeras frases que refletem esse “saber” antecipado. Dar a palavra a esses familiares, deixá-los falar de suas fantasias, dos seus medos, possibilita a criação de um sentido novo e de um reposicionamento.

Também chegam colados com o usuário, em nome de quem vêm pedir ajuda. Esses se apresentam como “mãe de...”. Ser mãe, diferentemente de “fazer função de...”, sugere um lugar fixo, identificação maciça. O verbo “ser” faz cópula, ao contrário da função que inclui um lugar vazio e a possibilidade de deslocamento de muitas variáveis que poderão, eventualmente, ocupá-lo. Esses familiares se pensam imprescindíveis, estabelecendo uma relação de extrema ambivalência, balsa entre uma proteção excessiva e um abandono radical. O filho ora é “tudo”, ora é “nada”, já que eles próprios pensam ser ou fazer “tudo” para os filhos, por um lado, ao mesmo tempo em que, diante da droga, se pensam impotentes. Esse par tudo/nada se repete incessantemente no discurso desses pais que se representam capazes de proteger, cuidar, salvar, mas também de anular o filho com o controle exacerbado e a crença de que

só eles sabem e podem decidir pelo filho. Essa é a condição imaginária que dá existência a esses familiares. A gramática os definiria como complemento nominal. O que vem depois do genitivo, complementando o nome – “mãe de...”. Então, no Espaço Família, uma proposição implícita é a de potência ilimitada, cabendo aí questioná-la e deslocá-la.

### Mãe - potência ilimitada

C, jovem mãe solteira, relata, no seu primeiro dia no Espaço Família, que está assustada pela descoberta recente de que seu filho faz uso de crack. A partir do seu relato, ficam explícitos os maus-tratos, inclusive físicos, que vem recebendo do filho, o que, segundo ela, não a incomoda. Em seguida, passa a falar da própria mãe, com quem estabelece uma relação tumultuada. *“Ela não me deixa chegar junto do meu filho. Mas não posso reclamar, pois graças a ela meu filho vingou... Minha vida se confunde com a de minha mãe. Mas é como se a vida dela estivesse por trás da minha, sem movimento, parada, mas exercendo uma imensa força que me anula. Parece que entre ela e meu filho não existe nada. Às vezes acho que sou nada... E meu filho faz comigo o mesmo que meu pai fazia”*.

No curto-circuito entre gerações se revela uma falta de lugar para essa mãe-filha que, por sua vez, fica completamente a mercê de seu filho, que a maltrata como seu pai e que, pelo visto, é o “homenzinho” da avó. A droga do filho é o que o diferencia do avô e o salva da voracidade dessa avó. Por outro lado, faz apelo à mãe, que se perde, respondendo de forma excessiva e incondicional. Presa nesse “quadro”, que inviabiliza a transmissão das gerações, sem lugar, torna-se escrava desse filho, acredita que tem que suportar o que vem dele em nome do amor que não lhe foi autorizado exercer. Há aí uma confusão

de lugares e um excesso de mãe: a mãe poderosa – avó – detentora do bem e do mal, com quem “não tem conversa”, e a mãe propriamente dita, que se perde entre “compreender tudo” e “não saber de nada”. Inconsistente, ela também se revela ameaçadora, tentando compensar a sua fragilidade com punições exageradas seguidas de atitudes complacentes sem sentido.

Lacan (1995) aponta para a importância de se tomar a mãe como estrutura, ou seja, considerar a forma como essa se organiza frente à falta, o que facilitará o entendimento sobre o lugar que o filho ocupa para ela. Trata-se de fato, não da mãe propriamente dita, mas de uma função, e de como ela pode operar, fazer deslocar. Nesse caso, diante de uma mãe onipotente, ao filho só resta encontrar um brecha ao que se lhe apresenta. Não há separação possível e, por isso, ele tem que furar, romper, rasgar o que lhe aparece como todo, pronto, inquestionável. A droga do filho é solução, rompimento frente a esse modo.

Entretanto, esse rompimento não apazigua, mas aumenta a voracidade do Outro. Dito de outra forma, se a operação de separação se realiza, o sujeito pode se defrontar com o vazio e se dar conta da sua posição frente ao Desejo do Outro. Caso contrário, se para escapar só lhe resta o rompimento, fica em relação ao Outro, demandante e demandado, em oposição, mas sob o domínio do Outro. A droga os amarra incondicionalmente, em uma relação ambivalente que sugere fixidez. Marcados, mãe e filho, por uma lei capenga que não possibilita movimento, mudança de rumo, decisão pelas próprias escolhas ficam aprisionados, necessitando de algum expediente para lhes dar sustentação. Para essas mães, a solução é tomar os filhos como droga e se encharcar deles.

## Lidar com o impossível

C volta ao Espaço Família dois anos depois para, segundo ela, “compreender direito o que se passou”.

*“Meu filho pensava que só a avó sabia tudo. Começou a roubar, assalto a mão armada. Por outro lado, dentro de casa, um doce. Fiquei muito angustiada e foi por isso que vim procurar ajuda. Descobri um monte de coisas aqui. Que ele estava roubando minha vida, e que eu estava errada pensando que amor é o que minha mãe fazia. Como se ela fosse boa por dar e eu tivesse que suportar calada pra não ser a bruxa. Um dia não aguentei. Ele roubou a geladeira. Não o que tinha nela, mas ela toda, carregou nas costas. Já não tinha mais nada em casa e minha mãe botando ‘panos quentes’. Rezei muito, mas tomei coragem. Falei com um policial conhecido meu e ele mandou prender meu filho. Morri de culpa, ainda penso nisso, mas me apeguei a Deus. Agora, vocês nem acreditam. Parece que aquilo foi como uma lição. Ele mudou tanto... parece que precisava entender que tinha alguma coisa que podia segurar. Minha mãe morreu antes de ver isso. Mas valeu a pena.”*

O Espaço Família abre possibilidades de resgate e de criação de novos modos de existência. Possibilidade de sustentação de uma lei que permita barrar a voracidade desse dueto mãe/filho, descolando o que, a princípio, se mostra inseparável. No caso de C, ela apela para o que chama “lei maior”, a lei da polícia, da justiça, por entender que só isso barraria seu filho. Seu ato faz função de lei simbólica. Algo se processa aí. Por outro lado, pode-se pensar também que, antes mesmo da polícia, C toma posse do que lhe diz respeito, “a própria vida” que, segundo ela, lhe estavam roubando, e decide “se mexer”, inclusive ir de encontro ao que parece irrevogável – a autoridade inquestio-



nável da própria mãe. Esse foi o caminho que C encontrou. Do jeito dela, fez o que pôde.

O objetivo do Espaço Família é justamente fazer deslocar a queixa inicial, representada pelo desespero em nome de um outro, para o questionamento em relação à própria posição frente ao filho/usuário e aos modos de lidar com este e outros conflitos. O que antes era trazido de forma contundente: “o meu problema é o meu filho que usa droga”, ou seja, “o problema não sou eu”, “o problema não está em mim”, assume nova modalização: “eu sou fulana e vim aqui por mim”, ou, “meu nome é fulana e vim saber por que eu faço isto”, refletindo em um primeiro deslocamento. Reconhecer o próprio limite, questionar a posição de onipotência, introduzindo uma primeira pergunta, já é um bom começo.

A partir daí cada qual irá construir seu próprio caminho. Alguns conseguem se sustentar e lidar com as contingências da vida de forma mais adequada, menos sensacionalista. Outros conseguem deslocar o ponto de gozo e demandam um atendimento individual, dentro ou fora da instituição, para construir novos sentidos à própria existência. Os caminhos são diversos. Entretanto, é fundamental que nessa passagem pelo Espaço Família fique instituído, entre mãe e filho, um espaço impossível de transpor. O impossível, que não é da ordem da impotência, mas que pode ser construído, contornado, bordeado de formas criativas.

## REFERÊNCIAS

- BASSOLS, Miquel. La familia del Otro. **Lapsus, Revista de Psicoanálisis**, Grupo de Estudios Psicoanalíticos, Valença, ano 3, 1993.
- DUFOUR, Dany-Robert. **A arte de reduzir as cabeças**: sobre a nova servidão na sociedade ultraliberal. Tradução Sandra Regina Felgueiras. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2005.

JULIEN, Philippe. **Abandonarás teu pai e tua mãe**. Tradução Procópio Abreu. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2000.

LACAN, Jacques. **O Seminário**: livro 4: a relação de objeto. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

MILLER, Jacques-Alain. Cosas de familia en el inconsciente. **Lapsus; Revista de Psicoanálisis**, Valença, Grupo de Estudios Psicoanalíticos, ano 3, 1993.

MIRANDA, Maria Luiza M.; et al. As toxicomanias, a angústia e o campo do Outro: estratégias de tratamento. In: ENCONTRO AMERICANO DO CAMPO FREUDIANO, 2003.

NUNEZ, Maria Eugênia. Toxicomania e família: amor de mãe, amor de mais... In: TAVARES, Luiz Alberto et al. (Org.); **Drogas**: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo. Salvador: EDUFBA, 2004.

RÊGO, Marlize; et al. Estratégias clínicas numa instituição para toxicômanos. In: NERY FILHO, Antonio; et al. (Org.) **Toxicomanias**: incidências clínicas e sócio-antropológicas. Salvador: EDUFBA, 2009.

ROUDINESCO, Elizabeth. **A família em desordem**. Tradução André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

VILLALBA, I. **O objeto que faz fazer**. São Paulo: [s.n.], [198?]. 4p.

# TEMPO DE ADOLESCENTE: RELATO DE UMA ESTRATÉGIA INSTITUCIONAL COM JOVENS USUÁRIOS DE DROGAS

*Luiz Alberto Tavares*<sup>73</sup>

*Rita Valente*<sup>74</sup>

*Rosa Maria Santos*<sup>75</sup>

## A adolescência, o adolescente e a droga

As complexas relações existentes entre o consumo de drogas e a adolescência deverão ser analisadas a partir das perspectivas culturais e sociais em que esse fenômeno se insere e, sobretudo, da função que a droga ocupa para cada jovem em sua singularidade.

As mudanças da puberdade se revelam como o impacto do real do corpo que, traduzido nos apelos (de ordem social, sexual) com os quais se confronta o adolescente, produz nele algum efeito, em geral de estranheza, desconforto. As culturas consideradas tradicionais, constituídas por regras e códigos, sustentados com seus ritos de passagem, ofereciam aos jovens possibilidades de identificação, seja por meio dos próprios pro-

---

<sup>73</sup> Psiquiatra. Psicanalista – Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/UFBA. Membro do Espaço Moebius Psicanálise.

<sup>74</sup> Psicóloga. Pedagoga – Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/UFBA.

<sup>75</sup> Psicóloga – Faculdade Ruy Barbosa.

cessos ritualísticos ou através da figura dos mestres que ocupavam o lugar da referência, do ideal.

Os cientistas sociais chamam a atenção para a desestabilização dos ritos na contemporaneidade, em contextos urbanos, ressaltando, dentre outros aspectos, a produção maciça de efeitos universalizantes e cosmopolitas sobre o modo de vida do indivíduo, em detrimento dos laços tradicionais que uniam cada grupo social às suas origens históricas e culturais. Fomenta-se um modo de relação centrado no individualismo, aliado a um discurso consumista que engendra a máxima de que o indivíduo se reconhece e é reconhecido por aquilo que ele pode consumir.

Nessa passagem para a contemporaneidade a adolescência, enquanto fenômeno, se traduz pelos efeitos sobre a subjetividade do jovem por ocasião da eclosão da puberdade. Nesse sentido, a adolescência, longe de ser biológica ou social, é o produto do impacto pubertário e dos apelos que este suscita, bem como das diversas expressões subjetivas de como o jovem se posiciona frente a esses apelos.

No lugar dos rituais, a adolescência surge como uma operação de construção inscrita em um tempo no qual se espera que o jovem deva, progressivamente, empreender seu desligamento da autoridade dos pais e buscar sua autonomia. É nessa perspectiva que podemos vislumbrar os possíveis encontros do adolescente com a droga, sendo que as repercussões desse encontro devem levar em conta o tipo de produto consumido, as condições socioculturais em que este consumo acontece e, sobretudo, as particularidades subjetivas daquele que consome.

Devemos situar a adolescência como uma operação que marca um reposicionamento do jovem frente ao seu desejo, às suas escolhas. A criança na família se encontra em uma posição de submissão ao desejo parental, inscreve-se no desejo

do Outro parental. Nesse sentido, ela tem assegurado um lugar, uma garantia que advém do adulto, tendo a promessa de que terá de esperar a sua vez. Assim, ouve sempre a mesma resposta: você fará isso quando crescer. Com o advento da puberdade, o jovem deve perder esse lugar em que se sustentava e, não podendo mais encontrar um abrigo junto à sua família, deve abdicar dessa posição infantil na qual a responsabilidade sobre o desejo, sobre as escolhas, está encarnada no Outro. Se, na infância, o Outro parental dá uma resposta, um sentido, agora o adolescente “tem que se virar”. O Outro revela sua face inconsistente. Podemos pensar que, na adolescência, deve ser operado um corte, uma separação, vivenciada como uma verdadeira operação de luto dessa posição infantil.

Em uma primeira abordagem do jovem usuário que busca ou é levado para um atendimento no Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD, devemos fazer inicialmente uma avaliação do seu modo de consumo, o que implica verificar o tipo de produto consumido e, sobretudo, as funções que a droga ocupa para cada sujeito, pois as condutas terapêuticas direcionadas para o jovem e seus familiares serão diferenciadas em função das especificidades de cada caso.

É importante, sobretudo, considerar o lugar específico que cada jovem ocupa na constelação subjetiva familiar e na cultura em que se insere, para podermos, dessa forma, nos aproximar das variadas motivações e formas de utilização do produto.

Na relação do adolescente com a droga, podemos encontrar modos de consumo nos quais a droga se inscreve em uma perspectiva lúdica, geralmente utilizada em grupo, como uma marca dessa travessia que constitui a própria adolescência. Em outros casos, entretanto, emergem situações que colocam em evidência dificuldades no processo de separação do Outro fa-

miliar, de embaraços frente às escolhas e a um posicionamento adulto (TAVARES, 2009). Apesar dessas dificuldades, ainda nesses casos, o adolescente mantém preservado seus vínculos sociais e afetivos.

Finalmente encontramos jovens em uma posição de dependência, caracterizada pela necessidade de usar repetidamente o produto, com dificuldades para controlar esse uso e identificado de forma brutal a essa prática, em uma cena onde ele o consome e ao mesmo tempo é por ele consumido. Geralmente se encontram em situação de ruptura com os laços sociais, vivendo exclusivamente em função do consumo da droga e de outros laços organizados em torno dessa prática, como o tráfico, por exemplo, o que define a gravidade do problema.

### Possibilidades de tratamento

Os jovens raramente chegam sozinhos ao tratamento institucional em nome de uma prática aditiva, vindo, em grande parte, acompanhados de um membro da família, geralmente, a mãe. O engajamento desses pacientes no trabalho terapêutico se revela de difícil manejo quando, efetivamente, não há demanda de tratamento, já que essa demanda se origina do familiar que se angustia frente à prática de consumo do jovem. A intervenção, nesses casos, não pode deixar de levar em conta o binômio adolescente x familiar, com a droga se inscrevendo nas dificuldades e impasses traduzidos no jogo de alienação e separação, em que, imaginariamente, se colam familiares e adolescentes.

Nos últimos anos, temos observado uma mudança de perfil nos jovens que buscam atendimento na instituição, decorrente do incremento do consumo do crack – com conseqüente exposição a constantes riscos e à violência urbana. Diante das

dificuldades apresentadas no deslocamento da relação desses jovens com o uso abusivo de drogas, além da oferta de atendimento individual no Centro, propusemos a realização de uma Oficina denominada “Tempo de Adolescente”.

A Oficina tem como propósito possibilitar um TEMPO em que a palavra circule, a partir de um fazer que permita ao jovem se deslocar frente às exigências que lhe são colocadas, no qual a droga, até então, parece ser a única resposta. Trata-se da criação de um tempo entre um fazer e um dizer que possibilite a formação de novos laços, de novos encontros com os objetos do mundo.

No trabalho institucional com essa estratégia, nos deparamos com inúmeras dificuldades que se revelam na resistência dos jovens em falar de suas questões, nos pedidos de soluções imediatas para o uso abusivo da droga, que se contrapõem a um modo de vida transgressor, em que o apelo a ficar na rua e os seus atrativos são significativos. Muitas vezes, a demanda desses jovens evidencia o pedido de um lugar onde possam ficar ao longo do dia, pois se sentem ociosos, ameaçados na rua e em suas próprias casas.

A cada encontro, os adolescentes são convocados a falar um pouco de si e do que eles buscam na instituição. Frequentemente eles justificam sua vinda ao Centro para atender à demanda do outro, sendo esse, na sua maioria, a própria mãe.

*- Estou aqui por causa da minha mãe, para ela parar de apertar a minha mente.*

Ou então:

*- ...porque minha mãe está sofrendo muito.*

*- Estou aqui por causa da minha filha. Quando estava com oito meses de gravidez, fumei 28 pedras em uma noite – diz uma jovem de 17 anos.*

Com o passar do tempo, o trabalho com o grupo possibilita por vezes o deslocamento dessas demandas. O que era trazido em nome de um outro passa a ser formulado em nome próprio. Uma demanda própria se delineia na fala de cada um:

- *Estou aqui por minha causa, porque não quero mais essa vida pra mim.*

- *Não aguento mais dar dinheiro aos traficantes, entrego todo o meu salário a eles.*

- *Decidi parar quando vi os meus primos e amigos serem mortos na minha frente, não quero isso pra mim.*

Esse último paciente, um jovem de 17 anos, em um dos encontros, formula a seguinte questão:

- *Por que a gente sabe que esse caminho prejudica, é ruim, e mesmo assim a gente insiste em ir atrás da droga, em correr riscos?*

Todos silenciam como se a pergunta provocasse eco. Apelo voraz ao consumo ainda sem possibilidade de resposta.

### A droga e suas funções para os adolescentes

Nas falas desses jovens, a droga aparece sob várias nuances e desempenhando funções variadas. Por vezes, é descrita como um antídoto que possibilita se livrarem da dor de existir. Em outros relatos, surge a voracidade de mães que parecem encarnar uma lei onipotente, sem qualquer possibilidade de separação senão aquela buscada na própria droga. Por vezes, os limites são ultrapassados, em uma satisfação que implica um extremo risco. A droga, para muitos, permite escapar das escolhas e de uma responsabilidade frente ao Outro social que lhe cobra uma posição. Essas funções aparecem em suas falas:



- *Ela me completa.*
- *Quando paro de usar parece que está faltando um pedaço, fico triste, desanimado.*
- *Uso com a galera prá fazer o que não presta. Ela me dá um empurrão prá fazer as coisas.*
- *Motivo? Prá que motivo, ela é tudo na minha vida.*
- *Não quero que me olhem como monpaia<sup>76</sup>. Uso o que aparecer na frente.*

A droga surge também como uma forma de serem aceitos nos grupos, na busca por um estreitamento dos laços, no reconhecimento dos pares. Para esses adolescentes, a droga permite uma atenuação da angústia, possibilitando transitariamente separá-los do Outro parental, mas, ao mesmo tempo, parecem ficar capturados, alienados às regras do próprio grupo e ao objeto de consumo.

## A família

A maioria desses jovens usuários que buscam a instituição se encontra em ruptura com a família na qual tem sempre uma mãe que “*aperta a mente*”, ou então “*sufoca*”, mas, ao mesmo tempo, é quem deseja “*o melhor*” para eles. Surge, assim, a ambivalência imaginária entre amor e ódio. Suas queixas giram em torno da falta de atenção ao excessivo cuidado, à vigilância extrema por parte das mães, até o uso de remédios para dopá-los, na tentativa de controlá-los ou impedi-los de sair para usar drogas.

---

<sup>76</sup> Fraco, pouco corajoso.

Na maioria dos casos, percebemos que os adolescentes se colocam em uma posição de extrema dependência e submissão a essas mães:

- *Eu não consigo expressar pra minha mãe o que quero; aí termino fazendo sempre o que ela quer...*

- *Era jogador mirim de futebol, servia a um time daqui e tinha que viajar pra São Paulo; minha mãe não deixava eu sair, tive o meu sonho interrompido por causa do medo dela...*

- *Não tive infância; quando começava a me divertir, a minha mãe interrompia a brincadeira e me mandava entrar.*

Diante do imperativo dessas mães vorazes, poderíamos sinalizar alguns aspectos que fazem referência à função paterna para esses jovens. Essa função representa, para todo ser falante, a promoção de uma lei, de uma interdição, de um limite, ao tempo em que possibilita a inscrição de um desejo para além daquele em que estão alienados, transitoriamente, a criança e o Outro materno.

A função paterna nos remete também à dimensão do impossível, ao que do pai escapa à significação e que remete o sujeito a ter que se virar com o que tem. Nesses jovens, essa dimensão marcadamente claudicante do pai ganha uma dimensão geradora de muita angústia. Às vezes, na fala dos adolescentes, esses pais da realidade aparecem assumindo uma posição de maternagem, alicerçados à impossibilidade do exercício dessa lei. Alguns até expressam o apelo à palavra de autoridade desse pai. Uma palavra que possibilite não somente um lugar de reconhecimento, mas que lhes permita uma identificação viril:

- *Eu queria que quando eu pensasse em fazer, ele me dissesse alguma coisa, só que ele não diz nada, aí fica difícil.*

*- Até na casa do meu vizinho, amigo de infância, o pai dele me oferece droga. Diz que não quer que o seu filho busque droga lá fora.*

Essas falas remetem o grupo ao questionamento da função paterna, ao que possibilita a interdição de um gozo ilimitado; mas, para muitos desses jovens, parece ter falhado de forma significativa.

A convivência nos seus lares é marcada por muitos conflitos. Temos exemplo de famílias nas quais todos são usuários de drogas ou traficantes, nos fazendo refletir sobre o alcance desse trabalho com jovens inseridos em estruturas dessa natureza.

*- Passei meu aniversário num quartinho do clube, que aluguei vendendo droga com a minha mãe. Meu pai é alemão (policial), tenho a maior raiva disso, mas ele também é traficante.*

Há uma inconsistência nos valores morais e éticos, que parece relativizar o certo e o errado. A dificuldade de uma identificação com as figuras parentais quase sempre leva a uma confusão de referências, o que resulta muitas vezes na busca de uma identificação com o traficante, aquele que dita as regras, protege e, ao mesmo tempo, mata.

## A lei e o tráfico

Esse desapontamento com a desvalorização social da lei aparece com indignação no relato desses jovens quando se referem aos seus representantes – os pais, a justiça, os policiais. Para esses adolescentes, a justiça que funciona é a que “serve para matar”; os pais quando não calam, espancam; alguns policiais quando não prendem e/ou matam, compartilham, dividem e usam drogas.

A inserção no tráfico surge de várias formas: como algo que proporciona poder, status, “adrenalina” e que lhes possibilita vestir as melhores marcas de roupas. As facilidades promovidas pelo tráfico, pequenos assaltos e outras atividades ilícitas lhes confere uma satisfação e um poder difíceis de serem abdicados.

Os traficantes exercem um verdadeiro fascínio no imaginário desses adolescentes, ocupando o lugar de uma função ausente, verdadeira suplência de lei. O jovem R., de 15 anos, diz:

*- Antes do tráfico, Jesus me protegia, hoje D. é o chefe, é o cara que eu ando lá da boca, ele é frio pra matar, mas me ensina muitas coisas e me protege.*

Trata-se de uma lei que protege e, ao mesmo tempo, empurra para a morte. Lei do pai imaginário exercida sem qualquer intermediação ou limite. Transitam nessa zona limítrofe entre a vida e a morte, onde em vida já se consideram mortos.

Há algo no tráfico que também os captura. Em um determinado momento, tivemos a notícia de que L., 16 anos, paciente da Oficina, havia sido morto por traficantes. Nesse encontro do grupo, eles expressaram tristeza e identificação com um lugar que pode ser o deles no futuro próximo, o lugar da morte. Trata-se de algo que os assusta, mas, ao mesmo tempo, os fascina. Esse é um tema recorrente nos encontros:

*- Eu não tenho medo de morrer. Acho que já vivi tudo o que tinha de viver.*

*- O negócio é fazer; se morrer, e daí? Todo mundo morre.*

Parecem querer viver tudo intensamente e agora, sem qualquer limite.

## A sexualidade

A droga, para muitos, aparece como um recurso que visa apaziguar o usuário frente ao mal-estar da sexualidade. Momento de encontros e desencantos frente à questão sexual, em que cada um é convocado a dar uma resposta. Esse mal-estar se revela nas diversas situações em que esses jovens são convocados a se posicionar com um corpo sexuado, mediado pela via do fantasma próprio a cada sujeito.

Em um dos encontros, B. se coloca como traficante, diz ter praticado homicídios e espancado suas namoradas, ao mesmo tempo em que aparece com o cabelo cortado em forma de um traçado artístico, unhas feitas, com uma florzinha desenhada em cada unha do dedo mínimo, além das sobancelhas afinadas. O sexual se revela no contraste desse relato: um discurso viril, violento e uma “mostração” absolutamente feminina. Há, nesse caso, uma impossibilidade, um não posicionamento frente à partilha dos sexos, que se revela no apagamento da diferença.

Em uma paciente de 15 anos, verificamos que o uso da droga e a prática sexual aparecem como formas de um agir sem limites.

*- Eu ultrapassei o limite nessa semana: usei mais de quarenta pedras de crack e apaguei.*

*- Gosto de baladas porque rola muita cachaça e putaria. Ninguém é de ninguém.*

Em outros casos, observamos que o uso abusivo da droga aproxima as jovens moças do sistema de tráfico que, por sua vez, lhes confere uma posição de virilidade, em um discurso muito próximo ao dos rapazes. Dessa forma, nesse contexto, apagam-se, mais uma vez, as diferenças. Diz uma jovem:

- *Se o chefe manda, a gente vai lá e mata, não procura nem saber quem é o cara.*

- *Os meninos são muito bobos, só sabem tirar onda.*

Em um movimento paralelo, e divergente do anterior, temos escutado dessas mesmas jovens a justificativa da aproximação com os traficantes pela busca de proteção, colocando-se em uma posição de absoluta submissão.

- *Para conseguir a droga a gente faz de tudo... depois, vem o arrependimento.*

Verificamos que a droga, para muitos jovens, funciona como um verdadeiro parceiro sexual, surgindo como uma resposta para a angústia que esse encontro sexual suscita. Esse mal-estar é contornado pelos diversos modos de construção dos laços sociais em torno do produto, do seu consumo e da sua comercialização.

## Os laços sociais

Percebemos, de forma surpreendente, que, para alguns jovens, novos vínculos são formados, constituindo-se “novas famílias”, “novos ideais”, agora no tráfico.

Quase todos se encontram matriculados em escolas, embora não frequentem a sala de aula e muitos comparecem ao espaço escolar com finalidades diversas: adquirir, passar, usar a droga. Alguns referem ter tido o primeiro contato com a droga exatamente neste ambiente.

A escola, segundo seus relatos, se torna um lugar perigoso para uns e ponto de comércio para outros. É o lugar da “captura dos fracos”. A aprendizagem, por vezes, não é mais possível, “*a mente não consegue mais aprender*”, não há mais

paciência e desejo. Confinados a um espaço exíguo, limitam-se ao consumo da droga e ao contato com os traficantes. Dizem:

- *Eu deixei de ir pra escola porque ninguém me queria lá. Todo mundo acha que eu só vou pra escola pra levar os outros prá o mau caminho, porque eu levava droga pra meus colegas.* (M., 12 anos).

- *A minha escola é a rua, que mostra a vida como ela é. Sem maquiagem.* (I., 16 anos).

O uso abusivo de drogas, assim como o ingresso no tráfico, promove o distanciamento desses jovens das instituições de ensino. Capturados pelo imediatismo do consumo e pela facilidade na circulação do dinheiro, os propósitos escolares parecem completamente desprovidos de sentido.

- *Em uma noite roubei quatro carros, ganho mais do que em um ano de trabalho.*

- *Em um só telefonema, dando ideia de um movimento, ganho muita grana.*

- *É bom usar roupa de marca, dá poder. O pior é quando a gente se veste de marca e os policiais ficam de olho.*

Trata-se da cessação de toda articulação entre os significantes próprios ao jovem e seu grupo familiar e da ruptura de uma inserção social coletiva através de outros vínculos institucionais. Esses jovens parecem tão presos às suas errâncias que recusam, inicialmente, qualquer possibilidade de contato, de trocas que permitam laços sociais mais estáveis, dificuldade esta corroborada também com a falta de instrumentos societários que possibilitem a inserção desses jovens nas suas comunidades.

Em um dos encontros da Oficina em que foi definida a confecção de uma maquete, eles optaram por construir um

condomínio fechado cujos muros altos faziam fronteira com um conjunto habitacional, escondendo uma realidade distante.

No percurso de construção da maquete, puderam falar das relações com seus locais de moradia. Foram referidas as precariedades inerentes aos bairros da periferia onde reside a população de baixa renda: os “gatos” de energia, a sujeira, os riscos, a facilidade de adquirir drogas:

*- Não dá pra não usar, aonde eu vou, encontro um cara pra me dar a droga; como é que não usa?*

A fala circula sobre o modo de enxergar as diferenças entre as classes sociais; fala-se das injustiças, do desfavorecimento dos mais pobres. As possibilidades de ascensão social de forma lícita, no imaginário desses jovens, parecem impossíveis de se concretizar. Dessa forma, os mais pobres teriam o direito de usurpar os mais favorecidos, pois o Outro social se encontra sempre em uma posição de dívida para com eles, o que parece justificar o agir delituoso.

Percebemos que esses adolescentes transitam, muitas vezes, em um modo de agir incessante, em uma posição que poderíamos nomear de “errância”. Trata-se da impossibilidade de superar uma falta de inscrição relativa ao seu ser e à sua filiação. Não sabem mais onde se abrigar, não sabem mais como se posicionar frente às exigências do mundo. Rompem com o Outro familiar, institucional e não mais se interrogam sobre sua existência.

À medida que o uso abusivo da droga se intensifica, a relação desses jovens usuários com os chamados “passadores” de drogas se estreita, rompendo os laços sociais fragilmente construídos ou mesmo suprimindo laços ausentes. Isso se inicia com a cobrança dos traficantes a uma fidelidade do “cliente” que, aos poucos, vai lhes delimitando os espaços de circulação, chegando



a impossibilitar estarem na casa dos seus pais por estes morarem em bairros onde transitam facções rivais no tráfico.

Ficam dessa forma restritos a um bairro, uma rua e, muitas vezes, apenas à casa que os abriga naquele momento. Os laços com os amigos, a escola, a família são rompidos. Um jovem aponta o extremo desse aprisionamento:

- *O mundo sou eu e a pedra (crack).*

### Entre o fazer e o dizer

Sabemos que, na adolescência, o sujeito é convocado a significar sua existência não mais sob o lúdico infantil, colocado de lado pela passagem pubertária, mas sob diferentes dimensões do agir, o que nos aproxima da clínica com adolescentes. Como vimos, essas dimensões do agir visam atenuar a angústia que emerge nas questões suscitadas pela travessia da adolescência, em que, particularmente, o posicionamento sexual deve fazer a sua marca.

Percebemos, nessa clínica institucional, que as dimensões do agir (o consumo, o tráfico, os atos delituosos e violentos) são reveladoras de uma falha essencial. Trata-se da falta de uma inscrição simbólica que possibilite a esses adolescentes significarem sua existência através das trocas e dos deslizamentos substitutivos. A aproximação dos objetos se dá, sobretudo, pelo rapto, pela usurpação. (MELMAN, 1992).

Na clínica com esses jovens há um movimento de entradas e saídas, presenças e ausências que refletem a dificuldade de estarem inseridos em um contexto institucional, de forma mais organizada, pela falta de recursos simbólicos que lhes possibilitariam aquiescer às regras requeridas para este convívio. Muitos são atendidos individualmente, mas, para outros,

esta oferta não é suficiente para a manutenção do tratamento e, por essa razão, o Centro funciona com um dispositivo institucional clínico em que diferentes estratégias se articulam.

Como dissemos a Oficina destinada aos adolescentes instala um TEMPO de funcionamento, com um começo e um fim, em encontros semanais. Nele se estabelecem regras de não violência e de respeito à fala de cada um. Compromisso, esboço de lei acordado entre os integrantes.

A estratégia grupal, pelos efeitos imaginários de cola que suscita entre os participantes, favorece a transferência institucional e opera como um TEMPO de travessia, de restauração de um espaço lúdico, propiciador de deslizamentos significantes, subitamente rompidos por um agir incessante. Esse agir repetido parece impossível de ser barrado, contornado.

As atividades ofertadas propiciam também um TEMPO de instalação de outros modos de fazer, diferente da dimensão do agir em que estão capturados. O trabalho de colagem, a construção de maquetes, a discussão de filmes, a pintura, os desenhos, a leitura, se misturam no envolvimento da atividade com a fala de cada um que, aos poucos, revela suas inquietações, seus temores. A Oficina é um espaço em que se possibilita aos jovens um fazer capaz de delinear bordas, contornos, para que possam criar e produzir, na tentativa de produzir um deslocamento do “*usar*” para “*o falar da*” droga.

Assim, a direção da Oficina instala um TEMPO, que visa também o desmonte da cumplicidade de um dizer sobre a droga, que se pensa, a princípio, ser igual para todos. Dessa forma, os efeitos do trabalho no grupo surgem por vezes na emergência de uma fala, em contraposição à fala do outro:

- *Você não nasceu pra ser ruim, você nasceu pra ser alguma coisa.*

- *Por que da sua boca não sai nada que preste?...*

- *Você sai pra usar droga e deixa a filha com sua mãe, mas a filha é sua!*

Esses efeitos devem possibilitar a construção de alguma responsabilidade sobre o fazer e o questionamento de um agir incessante, em que a droga é, por vezes, a única saída possível.

O trabalho da Oficina instaura um TEMPO que permita a passagem do *agir sem limites*, para um *escutar*, um *pensar* em outros modos de fazer, através de novas experiências e do encontro com outros objetos do mundo, outras possibilidades de escolha e construção de saídas.

O atendimento a adolescentes usuários de drogas em situações de risco deve comportar múltiplas intervenções. Resaltamos, dentre elas, as estratégias de redução de riscos e danos nos espaços urbanos, a permanência transitória, em tempo integral, nos centros de atenção psicossocial voltados para essa população, além do incremento de dispositivos comunitários que propiciem a inserção desses jovens no campo da educação, da cultura e do lazer.

No âmbito da clínica institucional com jovens usuários de drogas, a Oficina Tempo de Adolescente se configura como uma dentre muitas estratégias possíveis na abordagem clínica desse fenômeno. Entretanto, os limites dessa experiência não devem ser minimizados. Mas é inegável, ao menos para esses jovens, excluídos, rechaçados das instituições, marginalizados e seguindo trajetórias errantes, que o CETAD se configura no seu próprio dizer, como o único lugar que têm para ir e para falar de si. Um lugar onde se sentem acolhidos e, sobretudo, escutados.

## REFERÊNCIAS

- CARVALHO, Daniel. F.; FONTENELE, Laéria. **Adolescência e crise**: uma visão psicanalítica. Disponível em: <<http://www.corpofreudiano.com.br/txtdfc1.doc>>. Acesso em: 20 abr. 2009.
- CHAGAS, Arnaldo. **Adolescência**: um fenômeno contraditório. UFRGS. Disponível em: <<http://www.pailegal.net/fatpar.asp?rvtextold=482489451>>. Acesso em: 15 abr. 2009.
- MELMAN, Charles. **Alcoolismo, delinquência e toxicomania**. São Paulo: Escuta, 1992.
- MUZA, Gilson. M.; COSTA, Marisa P. Elementos para a elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento dos adolescentes: o olhar dos adolescentes. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 321-28, 2002. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v18n1/8169.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2009.
- NERY FILHO, Antonio; TORRES, Inês Maria Antunes. **Drogas**: isso lhe interessa? Salvador: CETAD/UFBA – CPTT/PMV, 2002. 54p.
- TAVARES, Luiz Alberto. Adolescência e toxicomanias: paradigmas da modernidade. In: TAVARES, Luiz Alberto et al. (Org.). **Drogas**: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo. Salvador: EDUFBA, 2004. p. 133-43.

# CONSULTÓRIO DE RUA: UMA CLÍNICA EXTERNA PARA USUÁRIOS DE DROGAS

Miriam Gracie Plena<sup>77</sup>

*“Salvador, Centro Histórico, julho de 2004: um grupo de jovens usuários de drogas circula rapidamente por algumas casas desgastadas pelo tempo, nas ruas mais escondidas das áreas que ainda não foram beneficiadas pelos projetos de restauração do Pelourinho. Movimentam-se em contatos fugazes uns com os outros, em constante ‘entra-e-sai’ dos velhos casarios, denotando uma ansiedade irreprimível. A maior parte deles se apresenta vestida de forma descuidada: com roupas sujas, descalços, cabelos desalinhados, bocas feridas com pequenas queimaduras, provavelmente como consequência do uso de cachimbos improvisados com materiais cortantes ou plásticos feitos para fumar o crack”.*

O trecho acima é um recorte das observações que ilustram o panorama de inúmeros jovens em situação de rua e uso de drogas, vivendo sob condições de alta vulnerabilidade social e, por isso, expostos a graves riscos à saúde física e psíquica, o que se repete no cotidiano de dezenas de cidades brasileiras. Ainda assim, é um quadro que persiste há mais de duas décadas e, paralelamente, ainda se constata o grande *déficit* de serviços especializados para o atendimento dessa população (NERY FILHO, 1993; NOTO et al., 1993; 1997, 2003; BUCHER,

---

<sup>77</sup> Psicóloga. Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/UFBA.

1996; CARVALHO, 1999; DIOS, 1999; CEBRID, 1983, 1987, 1989, 2004).

O consumo de substâncias psicoativas é algo comum a cada sociedade em todos os tempos (ESCOHOTADO, 1994). A sociedade contemporânea vai além, sobretudo em relação aos psicoativos lícitos, como o álcool, estimulada por uma sedutora publicidade midiática e pelos psicotrópicos, largamente prescritos na prática médica. Paradoxalmente, as drogas ilícitas são demonizadas e consideradas uma praga com capacidade de provocar uma toxicomania coletiva, com ares de uma incontrollável “epidemia social”.

A sociedade, em um movimento circular, paga o preço de suas contradições, através do sofrimento dos indivíduos e de suas famílias quando se tornam reféns de uma dada substância psicoativa, vítimas dos excessos de um gozo desmedido, sem saber como lidar com as repercussões de tamanhos desastrosos.

Segundo referências de Escotado (1994), a ilicitude atribuída a algumas substâncias psicoativas varia de acordo com a ideologia dominante em cada período histórico e com as conveniências sociais e econômicas de uma dada sociedade.

O uso clandestino de substâncias psicoativas ilícitas conduz seus usuários a viverem em circunstâncias que os abrigue da repressão policial, o que determina, muitas vezes, ‘o viver na marginalidade’ e faz com que o uso da droga ocorra em condições de falta de higiene e cuidados, propiciando maior risco de contaminação de doenças [...]. (OLIVEIRA, 2009, p. 60).

Além disso, e apesar dos problemas de saúde, a condição de estar à margem produz o afastamento desses usuários da rede de serviços de saúde e sociais institucionalizados.

Frente a essa realidade, inicia-se, no Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD)/UFBA, a experiência do Consultório de Rua, uma proposta de atendimento extramuros dirigido aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde. O projeto, idealizado pelo Prof. Antônio Nery Filho, no início dos anos noventa, foi concretizado no ano de 1999 e esteve, nos oito anos seguintes, sob minha coordenação. Essa primeira experiência, de caráter inovador, foi desenvolvida, a partir de 2004, também no 1º Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas Canela, posteriormente denominado CAPS AD Pernambués, em Salvador (OLIVEIRA, 2009).

Podemos conceituar o Consultório de Rua como um dispositivo clínico-comunitário que busca, para muitos usuários, uma primeira abordagem na cadeia de serviços da rede de atenção integral em álcool e outras drogas. Trata-se de uma oferta de cuidados primários à saúde no espaço da rua, identificando emergências clínicas, distribuindo insumos de redução de danos, atendendo os usuários em seus locais de permanência e encaminhando as demandas mais complexas para a rede de saúde institucionalizada. Para os atendimentos *in loco*, utiliza-se um carro que se desloca com a equipe para as áreas previamente determinadas para a realização do trabalho.

Nessa iniciativa, prioriza-se a construção de vínculos de confiança com os usuários, que possam permitir o engate para um tratamento, caso esses necessitem e assim o desejem. Nesse sentido, uma das funções do Consultório de Rua é atuar como uma ponte para a população que está à margem do sistema de saúde e possibilitar sua reinserção na rede.

A proposta do Consultório de Rua promove a acessibilidade aos serviços da rede institucionalizada, a assistência integral, a construção de laços sociais para os usuários em situ-

ação de exclusão social, possibilitando um espaço concreto do exercício de direitos e cidadania, traduzindo em sua prática os princípios ético-doutrinários que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS): a universalidade do acesso à saúde, a integralidade da assistência e a equidade. Além desses, preconiza o respeito ao *modus vivendi* dos usuários, sem nenhuma forma de julgamento moral e repressivo ao consumo de drogas, respeitando o usuário em sua singularidade e norteado pela lógica da Redução de Danos.

O público ao qual se dirigem as ações do Consultório de Rua é constituído por usuários de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas em situação de alta vulnerabilidade, que se mantêm distantes dos serviços de saúde e sociais da rede oficial. Além dessa característica, trabalha-se com aqueles que se enquadram no perfil de indivíduos “em situação de rua”, tomando como base a conceituação de Neiva-Silva e Koller (2002) para compreender essa clientela, ou seja,

todos aqueles que passam grande parte do tempo no espaço público, mantendo vínculos precários com a família ou aqueles que tomaram o espaço da rua como local de moradia, visto que muitas vezes a passagem de uma condição a outra é questão de uma gradativa desvinculação que vai se processando pouco a pouco ao longo de meses e anos.

Sem deixar de colocar a prioridade da atenção nas crianças e adolescentes usuários de drogas, a equipe deve atender a todas as faixas etárias que se aproximam e solicitam ajuda, independentemente de serem usuários de drogas ou não, haja vista a importância de alcançar a rede de sociabilidade existente entre os indivíduos que vivem nas ruas, marcados por vínculos de solidariedade e necessidade de proteção (embora



também apresentem disputas de poder e violências), em estreita convivência e compartilhamento de experiências, o que pode contribuir para sua maior vulnerabilidade.

São características comuns à população objeto do Consultório de Rua: usuários com rupturas sociais e familiares; alto índice de delinquência; diversos agravos de saúde tanto físicos quanto psíquicos e sociais; resistência a procurar ajuda dos serviços de saúde; desconfiança das ofertas de ajuda; uso abusivo de substâncias psicoativas; e dificuldade de estabelecer laços sociais diferentes daqueles constituídos com seus companheiros inseridos nos mesmos contextos de vida marginalizada.

Nesse sentido, a aproximação da equipe busca ultrapassar a barreira de desconfiança dos usuários tentando, cuidadosamente, se relacionar, respeitando o tempo de cada um. A regularidade da presença da equipe no seu local de permanência e a oferta de uma escuta atenciosa e acolhedora vai, pouco a pouco, quebrando as resistências, abrindo um espaço de interlocução e ampliando a possibilidade de subjetivação dos usuários. Assim, a tecnologia essencial do dispositivo é construída a partir da relação que a equipe mantém com cada indivíduo na rua, privilegiando a particularidade de cada um. A oferta de serviços como consultas médicas e psicológicas, orientações, encaminhamentos para a rede de serviços de saúde e sociais e as oficinas de educação em saúde são ações disparadoras de demandas e funcionam para iniciar a construção de vínculos entre técnicos e usuários.

A proposta do Consultório de Rua é sustentada a partir de uma equipe que, ao longo da experiência, foi sendo gradualmente modificada na busca de encontrar uma composição profissional que pudesse dar conta da multiplicidade de necessidades e demandas da população, com resolutividade, levando

também os técnicos a uma prática que rompesse com as ações isoladas, ensejando o fortalecimento da interdisciplinaridade e integralidade da atenção.

A equipe é formada por profissionais de diversos campos disciplinares – medicina, serviço social, psicologia, educadores sociais e técnicos de redução de danos, permitindo uma oferta de serviço integral, buscando atender os indivíduos em suas queixas, necessidades e demandas no âmbito biopsicossocial. Os atendimentos geram desdobramentos como a continuidade, em um acompanhamento regular, encaminhamentos entre os profissionais da equipe, na forma de interconsultas, ou externos, para os serviços da rede de saúde e intersetorial. Gradativamente, a equipe passa a funcionar como uma equipe de referência em saúde.

### O modo de funcionamento da equipe

A equipe tem o papel de assegurar a qualidade da assistência integral aos usuários, consistindo, ela mesma, no principal instrumento de ação do Consultório de Rua e, por isso, necessita dos cuidados que possam mantê-la motivada, tendo na capacitação permanente a sua fonte de vitalização para o trabalho.

O funcionamento extramuros leva os profissionais de saúde a exercerem sua prática em um contexto aberto no espaço público, sem os limites físicos e simbólicos que uma ambiência controlada assegura ao *setting* tradicional, de maneira que o “lugar” do profissional é construído a partir do momento em que ele se coloca no contexto do trabalho.

Na clínica externa, diferentemente do modelo exercido nos ambulatórios públicos e nos consultórios privados, há uma inversão no movimento de origem para o contato inicial

com o profissional de saúde, sendo, neste caso, o profissional que primeiro se dirige ao encontro com o usuário. Além disso, as condições do atendimento não estão dadas *a priori*. A perspectiva de uma oferta programada, tal como se modela nesse dispositivo, implica em ofertar algo onde ainda não há uma demanda de ajuda explicitada. Não havendo as condições prévias estabelecidas, tudo está por fazer. Essa inversão leva a que o manejo da abordagem se torne ainda mais delicado e cuidadoso.

O momento inicial é o que chamamos na clínica institucional do CETAD de “acolhimento”: a primeira instância de atendimento para o usuário. Esse primeiro contato é o momento de diagnóstico, onde se avaliam o tipo (ou os tipos) de substância utilizado(s), o modo de consumo e os danos apresentados decorrentes da forma e do padrão de uso. É, também, o momento de uma avaliação mais ampla da vida do usuário, da qualidade dos seus vínculos familiares e sociais, como também é o tempo de compreender sua estrutura psíquica, sua condição emocional e, dentro das várias vertentes que compõem a sua existência atual, de buscar avaliar qual a função que a droga ocupa para cada indivíduo.

Na rua, a perspectiva da clínica ampliada é exercitada considerando o indivíduo, suas relações familiares e seu ambiente social, ressaltando-se os históricos de vida com rompimentos familiares e sociais importantes, que são de significativa prevalência no público atendido. Ademais, é relevante que os profissionais possam ter o reconhecimento dos determinantes sociais de vulnerabilidade, dos riscos e dos altos padrões de consumo de substâncias psicoativas, levando-se em consideração uma população com características tão especiais.

## Os contextos da prática

Em geral, o campo da prática do Consultório de Rua se dá em espaços geográficos especiais onde estão presentes configurações e organizações complexas e, muitas vezes, invisíveis, tais como o tráfico de drogas ilícitas e a prostituição infantil. A presença da polícia mostra uma ambivalência, incorporando papéis contraditórios e perturbadores para os usuários, sobretudo para os que estão se iniciando na vida nas ruas, que se surpreendem com o autoritarismo e a força bruta e violenta dos representantes da lei.

Podemos caracterizar os contextos de trabalho como espaços não controlados, onde existe insegurança, insalubridade, um tráfico em seu entorno e um permanente alimentar do consumo compulsivo dos usuários.

As dificuldades desses usuários em estabelecer uma interação mais prolongada com os técnicos desafiam a capacidade criativa dos profissionais. Assim, para a clientela infanto-juvenil, é imprescindível a utilização de recursos lúdicos como técnicas de aproximação. Essas estratégias lúdicas são importantes ferramentas de trabalho com os adolescentes, na tentativa de intermediar o relacionamento e a abertura para a comunicação, pois, através dessas técnicas, adentra-se as histórias de vida dos pequenos usuários fechados na sua timidez e introspecção ou em sua excitabilidade, produzida pela química dos produtos consumidos de forma permanente.

## O acesso às áreas para a intervenção

O mapeamento das áreas, em geral, é realizado pela equipe através de percursos pela cidade para identificar os espaços urbanos onde há maior concentração de usuários de drogas.

Também contatos com outras instituições da rede ajudam a identificar as áreas prioritárias. Em cada área escolhida para a intervenção deve ser realizado um estudo sistemático do território e analisadas as suas particularidades, o que é realizado através da observação preliminar do campo, em que se faz o levantamento das especificidades do contexto social, a identificação de lideranças locais, a caracterização da população e dos problemas por ela enfrentados, permitindo compreender a dinâmica dos grupos e a melhor forma de a equipe se inserir.

Para a inserção da equipe do Consultório de Rua nas áreas procede-se à abertura de campo, um processo cuidadoso, efetuado com calma, no tempo necessário para as partes se sentirem confortáveis, não ameaçadas com a presença do outro. A abertura desse campo requer do redutor de danos uma maior participação, sendo este técnico a figura mais acolhida, por parte dos usuários e aquela que, geralmente, negocia a entrada da equipe no fechado espaço de convivência do grupo.

## O funcionamento do Consultório de Rua

Frente à complexidade dos contextos de trabalho e da população-alvo, o Consultório de Rua apresenta um funcionamento dinâmico que foge à possibilidade de protocolos rígidos. Percebemos que o fator “imprevisibilidade” é parte da rotina, haja vista o objeto da intervenção ser, como refere Morin (2007), um “objeto complexo”. A prática exige dos profissionais disponibilidade para uma atuação permanentemente na imprevisibilidade em que a capacidade de se adaptar ao inesperado será uma exigência contínua, requerendo flexibilidade e criatividade como condições para o trabalho.

Esse tipo de funcionamento, embora não descarte a necessidade de planejamentos prévios, não poderá estar atrelado

a um programa prévio estático, uma vez que a permanência na rua está sujeita a constantes alterações frente às variáveis às quais esta realidade está submetida.

A frustração pode, então, ser um elemento presente no cotidiano dessa prática. Contudo, não deverá se constituir em um fator paralisante e sim em uma espécie de catalisador que provoque a reorganização do profissional para reajustamentos à realidade que se apresenta, conformando novos contextos. Morin esclarece: “o campo da ação é muito aleatório, muito incerto. Ele nos impõe uma consciência bastante aguda dos acasos, derivas, bifurcações, e nos impõe a reflexão sobre sua própria complexidade” (2007, p. 80).

Ao descrevermos esse *modus operandi*, dizemos que o Consultório de Rua é um dispositivo que tem uma estrutura viva, flexível, que, a todo instante precisa se adaptar às condições que se apresentam em cada momento e lugar, seguindo a dinâmica mutante da rua, devendo o profissional da equipe incorporar uma *performance* segundo a dinâmica apresentada, reinventando-se e construindo sua prática a cada instante.

Nas novas formas do cuidado em saúde, dentre as quais consideramos o Consultório de Rua, algumas características modelam o perfil das práticas, sendo uma delas o lugar do profissional, que é sujeito das práticas tanto quanto o usuário, assim como também as novas práticas estão ancoradas em alguns conceitos que permitem o entendimento do campo das ações. A noção de território, nesse caso, é extremamente importante, pois este não é só o espaço geográfico, mas também o espaço simbólico de inter-relações culturais e sociais. Estar no espaço de vida do outro será um exercício de respeito às diferenças e à autonomia, devendo-se evitar todo o tempo a “invasão” desse espaço.

## Considerações finais

A experiência inicial do Consultório de Rua revelou ser esta uma clínica inovadora, com grande potência na abordagem de usuários de álcool e outras drogas em situação de rua e com capacidade para promover articulações na rede intersetorial.

A avaliação positiva da experiência ocorrida entre 1999 e 2007 levou a Secretaria Nacional sobre Álcool e outras Drogas (SENAD) à realização de Consultórios de Rua e o Ministério da Saúde (MS) a propor, em 2009, o Consultório de Rua como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD). Oficializado pela Portaria nº 1.190/2009, o PEAD tem o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde, melhorar e qualificar o atendimento oferecido pelo SUS às pessoas que usam álcool e outras drogas, através de ações de rua como alternativa para a abordagem e atendimento aos usuários de drogas em situação de grave vulnerabilidade social e com maior dificuldade de aderir ao modelo tradicional dos serviços da rede. (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, foi proposto recentemente a implantação de dezenas de Consultórios de Rua em diversas cidades brasileiras. Essas novas experiências permitirão reavaliar a pertinência do Consultório de Rua e a possibilidade de sua incorporação na construção de uma rede diversificada de serviços para álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde, oferecendo novas alternativas para diferentes usuários, em distintos momentos do tratamento das suas questões relativas ao consumo de drogas.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Manual de redução de danos**. Brasília, 2001. 114p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.190**, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190\\_04\\_06\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html)>.

BUCHER, Richard. **Drogas e sociedade nos tempos da AIDS**. Brasília: Universidade de Brasília, 1996. 131p.

CARVALHO, Denise B. B. O consumo de drogas por crianças e adolescentes em situação de rua no Distrito Federal: relatos de experiências vividas. In: CARVALHO, Denise B. B.; SILVA, Maria Terezinha. (Orgs.). **Prevenindo a drogadição entre crianças e adolescentes em situação de rua: a experiência do PRODEQUI**. Brasília: MS/COSAM; UnB/PRODEQUI; UNDCP, 1999. p. 51-64.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS – CEBRID, 1983, 1987, 1989, 2004.

DIOS, V. C. Droga, família, escola e o grupo de pares no processo de socialização de crianças e adolescentes em situação de rua. In: CARVALHO, Denise B. B.; SILVA, Maria Terezinha. (Orgs.). **Prevenindo a drogadição entre crianças e adolescentes em situação de rua: a experiência do PRODEQUI**. Brasília: MS/COSAM; UnB/PRODEQUI; UNDCP, 1999. p. 79-89.

ESCOHOTADO, Antonio. **Las drogas: de los orígenes a la prohibición**. Madrid: Alianza, 1994. 95p.

MORIN, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo**. Tradução Eliane Lisboa. 3. ed. Porto Alegre: Sulina, 2007. 120p.

NEIVA-SILVA, Lucas; KOLLER, Sílvia Helena. A rua como contexto de desenvolvimento. In: LORDELO, Eulina R.; CARVALHO, Ana Maria; KOLLER, Sílvia Helena (Org.). **Infância brasileira e contextos de desenvolvimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo; Salvador: EDUFBA, 2002. p. 205-30.

NERY FILHO, Antônio. **La vie dans la marginalité ou la mort dans l'institution: étude sur quatre groups d'enfants et d'adolescents vivant de la rue a Salvador de Bahia (Bresil)**. These (Doctorat en Sociologie e Sciences Sociales) – Université Lumière Lyon 2, Faculté d'Antropologie et de Sociologie. 1993. Inédito. 584p.



NOTO, Ana Regina; et al. **III Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua de seis capitais brasileiras**. São Paulo: Escola Paulista de Medicina; CEBRID/SENAD, 1993. 97p.

NOTO, Ana Regina; et al. **IV Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua de seis capitais brasileiras**. São Paulo: Escola Paulista de Medicina; CEBRID/SENAD, 1997. 120p.

NOTO, Ana Regina; et al. **Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras**. São Paulo: Escola Paulista de Medicina; CEBRID/SENAD, 2003. 246p.

NOTO, Ana Regina (Coord.). **Catálogo de Instituições que assistem Crianças e Adolescentes em Situação de Rua em 27 Capitais Brasileiras**. São Paulo: CEBRID, 2004. p. 85-90.

OLIVEIRA, Mirian Gracie Plena. N. **Consultório de rua**: relato de uma experiência. Salvador, 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais em Saúde) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009. 151f.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11-15 dez. 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002. p. 11-135.



# A REDUÇÃO DE RISCOS E DANOS NA SAÚDE MENTAL ATRAVÉS DO CAPS-AD<sup>78</sup>

*Andréa Leite Ribeiro Valério<sup>79</sup>*

## Introdução

Analisando por uma perspectiva histórica, é necessário assinalar que as drogas estão presentes nas mais diversas culturas e, ainda que a forma de consumo seja diferenciado ao longo do tempo, a relação entre os humanos e as diferentes substâncias definidas como drogas se perpetuam. Advinda de um passado distante, o desejo por essas substâncias ocorre em variadas situações, com diversas motivações e finalidades, como remédio e como veneno, de forma divina ou demonizada, correspondendo a uma prática humana, milenar e universal (BUCHER, 1992). Nesse sentido, pensar em uma sociedade livre das drogas é utopia.

Diante dessa afirmação, atualmente, existem dois discursos contrapostos sobre o consumo de drogas, uma que diz respeito a práticas repressivas, focada na criminalização do usuário de drogas ilegais, e a outra, a Redução de Danos (RD), que objetiva minimizar os efeitos prejudiciais do consumo de

---

<sup>78</sup> Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas.

<sup>79</sup> Assistente Social. Especialista em Saúde Mental (UNEB), Mestre em Políticas Sociais e Cidadania (UCSAL), Coordenadora Executiva do Projeto Ações Integradas – Consultório de Rua – CETAD/UFBA/SENAD; Coordenadora da equipe do Consultório de Rua de Salvador - CETAD/UFBA.

Substâncias Psicoativas (SPAs), com o foco no sujeito e na sua saúde.

Trazendo para a análise a RD, constituída inicialmente por um conjunto de estratégias para lidar com as hepatites e com o avanço da Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida (AIDS) associados ao uso de SPAs injetáveis, entre os usuários destas drogas, e que foram implementadas inicialmente junto a esse segmento de usuários, uma dessas estratégias, que deu maior visibilidade à redução de danos no Brasil e no mundo, foi a troca de seringas usadas por seringas novas.

É importante salientar que o primeiro Estado brasileiro a implantar, oficialmente, as ações que se constituem como Redução de Danos foi a Bahia, através do Programa de Redução de Danos (PRD), do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), serviço da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA), em 1995. Atualmente, as estratégias redutoras de riscos e danos são utilizadas para usuários de todos os tipos de substâncias.

Existem diferentes formas de tratamentos para o uso problemático das SPAs, destacando-se, dentre outros: o tratamento farmacológico, voltado para tratar sintomas de desintoxicação e abstinência, no qual a desintoxicação pode ser desenvolvida através de tratamento domiciliar, de internação domiciliar e de internação em hospitais; os ofertados pelos grupos de autoajuda, a exemplo dos Narcóticos Anônimos (NA) e dos Alcoólicos Anônimos (AA), pelas fazendas de tratamento e comunidades terapêuticas; e os tratamentos psicossociais, desenvolvidos em diversos serviços de saúde, como postos de saúde, atendimentos em hospitais gerais e dos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPSad), que têm sido a principal estratégia da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.

Este último, como serviço que põe em prática os pressupostos da Política do Ministério da Saúde (MS) para tratar os usuários com transtornos severos e persistentes em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, utiliza estratégias da RD na sua dinâmica de funcionamento, apresentando-se como um local de tratamento pautado na liberdade e cidadania dos que ali buscam tratamento.

### **Redução de Danos e Capsad = liberdade e cidadania?**

Historicamente, na medida em que a sociedade modifica seus valores em relação às drogas, a forma de uso e a sua aceitação ou rejeição também se transformam. Na década de 1970, antes do movimento denominado Reforma Psiquiátrica, os usuários de álcool e outras drogas eram tratados dentro dos hospitais psiquiátricos como psicopatas. Naquele período, era possível observar um posicionamento dos profissionais com intensos fundamentos moralistas diante do problema e o tratamento destinado aos usuários se dava pelo julgamento do sistema prisional ou do sistema psiquiátrico.

A atual Política de Atenção ao Usuário de Álcool e outras Drogas proposta pelo Ministério da Saúde, que se coaduna com os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária, está respaldada pela Lei nº 10.216, sancionada em 6 de abril de 2001, atendendo à recomendação da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no mesmo ano. Portarias do Ministério da Saúde dispõem sobre a rede assistencial de saúde mental, como a Portaria GM/336, de 19 de fevereiro de 2002, que define as normas e as diretrizes dos serviços tipo CAPS. Já a Portaria SAS/189, de 20 de março de 2002, regulamenta a Portaria GM/336, criando a rede especializada para a atenção

ao usuário de álcool e outras drogas na esfera do SUS. Assim, o Ministério da Saúde,

[...] propõe a criação de 250 Centros de Atenção Psicossocial – CAPSad, dispositivo assistencial de comprovada resolubilidade, podendo abrigar em seus projetos terapêuticos práticas de cuidados que contemplem a flexibilidade e abrangência possíveis e necessárias a esta atenção específica, dentro de uma perspectiva estratégica de redução de danos sociais e à saúde. (BRASIL, 2004, p. 25).

Cabe ao CAPSad prestar atendimento psicossocial a indivíduos (e seus familiares) com transtornos decorrentes do uso e da dependência de substâncias psicoativas, dentro da lógica da Redução de Danos, reconhecendo as particularidades de cada situação e de cada indivíduo, e acolher o que está sendo solicitado, na perspectiva de que o objetivo da assistência prestada deve ser construído com o sujeito e não sobre ele. O CAPSad tem por objetivo maior promover a reabilitação psicossocial através de ações que envolvam o trabalho, a cultura, o lazer e a educação popular, mediante a utilização de recursos intersetoriais, acionando a rede de serviços de saúde e saúde mental e os recursos existentes no território de atuação do mesmo.

Atuar de forma integrada, intra e intersetorialmente, envolvendo as comunidades, familiares e usuários é ação fundamental nesse Centro, na defesa dos direitos dos cidadãos e também como controle social, processo indispensável para a efetiva mudança do sistema de saúde mental. A Reabilitação Psicossocial, por sua vez, “[...] significa fundamentalmente um processo de remoção de barreiras. De barreiras que impedem a plena integração de um indivíduo na sua comunidade e de

barreiras que impedem o pleno exercício de seus direitos, da sua cidadania” (BERTOLOTE, 2001, p. 156).

A Portaria n° 1.028<sup>80</sup>, do Ministério da Saúde, que vigorou a partir de 1° de julho de 2005 e regula as ações de redução de danos sociais e à saúde em decorrência do uso de SPAs, apoiada nas diretrizes da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral dos Usuários de Álcool e outras Drogas, legitima a RD como estratégia de tratamento direcionada a usuários e dependentes de álcool e outras drogas “[...] que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo”<sup>81</sup>.

A portaria concebe as ações da RD como “estratégias da saúde pública dirigidas à proteção da vida”, devendo estas serem desenvolvidas em consonância com a promoção dos direitos humanos, prevendo a articulação intersetorial, a distribuição de insumos e a contratação prioritária de pessoal da comunidade em que as ações serão implementadas, independentemente do grau de instrução. Como principal dispositivo da política de saúde mental, os serviços disponibilizados pelo CAPSad, regulamentados pela portaria GM/336, de 19 de fevereiro de 2002,

[...] devem oferecer atendimento diário, sendo capazes de oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Possibilitam ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento. Assim, a

<sup>80</sup> Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1028.htm>>. Acesso em: 9 jul. 2009.

<sup>81</sup> Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1028.htm>>. Acesso em: 13 nov. 2009.

rede proposta se baseia nesses serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária (ex: internação domiciliar, participação comunitárias na discussão dos serviços), de acordo com as necessidades da população-alvo dos trabalhos. (BRASIL, 2003, p. 26).

A política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, fruto de intensas discussões quanto ao lugar de atenção do usuário de drogas e à garantia de atendimento deste segmento populacional no Sistema Único de Saúde (SUS), aponta para

[...] a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2003, p. 25).

Quando é trazida a questão da liberdade e da cidadania, tem-se por referência a tentativa do SUS (leis nºs 8.080 e 8.142,



ambas de 1990) de introduzir o termo usuário “no sentido de destacar o protagonismo de quem anteriormente era apenas um paciente” (AMARANTE, 2007, p. 82). A passagem de paciente para usuário traz a conotação de um lugar social das pessoas em sofrimento psíquico. Trata-se, portanto, de uma perspectiva em que ser livre é ter capacidade para agir com a intervenção da vontade e assumir o conjunto dos seus próprios atos, sabendo responder por eles. (CHAUÍ, 2003).

Trabalhar clinicamente na perspectiva da Redução de Danos é, fundamentalmente, trabalhar na perspectiva da Liberdade. Possibilitar que o usuário do serviço tenha liberdade de escolha para os caminhos da sua vida e para compreender que apenas o próprio usuário poderá dizer o que fazer com a substância de que faz uso. Para tal, é necessário que os profissionais tenham a compreensão das diversas formas de uso da substância, bem como das possibilidades de reduzir os danos desta, de modo que o usuário possa ter acesso a informações pragmáticas e livres de juízos de valor para decidir e mudar estilos de vida que comprometam sua saúde e a vida em sociedade. Só é possível admitir que existe liberdade de escolha, quando se sabe o que se está escolhendo, porém, na sociedade contemporânea, baseada nos valores de consumo e no individualismo e com contrastantes desigualdades sociais, por vezes, dos usuários que buscam os CAPSad, poucos conhecem as possibilidades para lidar com a(s) droga(s) de que fazem uso.

A questão que se apresenta quanto aos serviços é que, mesmo representando um avanço na assistência aos usuários que possuem algum comprometimento devido ao uso de alguma substância, é possível perceber a existência de posicionamentos e discursos utilizados por alguns profissionais que atuam nos CAPSad que, apesar de versarem sobre a importância da RD, poucos fazem uso efetivo desta técnica, no seu cotidia-

no de trabalho, como foi constatado em investigação realizada em trabalho dissertativo<sup>82</sup> da autora. Nele, foi percebida a convivência de resquícios de práticas anteriores a essa proposta pertencentes a outros paradigmas de atenção, pautados na repressão e discriminação ou, até mesmo, no modelo hospitalocêntrico. Compreende-se que “as experiências e as questões levantadas pelas substâncias psicoativas parecem resvalar em sentimentos profundos das pessoas: medos e esperanças” (MACRAE, 2004, p. 12).

Assim, cabe aos profissionais estimular o usuário a buscar outras possibilidades para se fazer existir no mundo e a trabalhar suas perdas, angústias e faltas. Compreender o estrago devastador que o uso compulsivo de SPAs gera nas pessoas e reconhecer suas limitações para poder abdicar deste uso vai além das portarias, normas e legislações que orientam a prática profissional e, nesse sentido, o respeito à liberdade do usuário, por vezes fica comprometido, uma vez que os profissionais podem se utilizar da sua posição frente ao usuário no serviço para colocá-lo no lugar de vítima ou de coitado diante do uso prejudicial da substância.

A compreensão da dimensão do fenômeno do uso e abuso de drogas na história da sociedade e do lugar destinado aos usuários é um dos papéis dos profissionais que atuam nos CAPSad, num entendimento de que é o sujeito quem faz a droga e não a droga quem faz o sujeito (FREDA). É necessário o entendimento institucional da Redução de Danos para que, de fato, seja possível o desenvolvimento de estratégias terapêuticas propositivas para a redução de riscos e danos causados pelo uso e/ou abuso de drogas.

---

<sup>82</sup> VALÉRIO, Andréa Leite Ribeiro. **(Mal) dita liberdade e cidadania:** a redução de danos em questão. Disponível em: <[http://tede.ucsal.br/tde\\_busca/processaPesquisa.php?listaDetalhes\[\]=143&processar=Processar](http://tede.ucsal.br/tde_busca/processaPesquisa.php?listaDetalhes[]=143&processar=Processar)>. Acesso em: 20 out. 2010.

O estudo das SPAs, ao longo dos anos, vem gerando grande interesse, suscitando investigações nos mais diferentes campos do conhecimento, sobretudo na área da saúde. Porém, não foram localizadas teses, dissertações ou artigos que tratassem do exercício profissional em CAPSad e da prática Redutora de Danos articulados à liberdade e cidadania dos usuários de drogas, abordando, dessa maneira, a diferença entre o que está posto para a intervenção, através da Redução de Danos, e a percepção dos profissionais, ou seja, o que de fato é posto em prática.

A discussão sobre a prática profissional pautada na Redução de Danos é emergente no campo da saúde mental, pois, na medida em que novas tecnologias, a exemplo das desenvolvidas nos CAPSad, se apresentam como um modelo substitutivo ao manicomialista e vão além das práticas repressivas, a manutenção de profissionais que não utilizam novas ferramentas para o tratamento ao usuário de drogas, como a Redução de Danos, representa um risco ao seu direito e à assistência a ele prestada.

A RD trabalha essencialmente com a orientação para a adoção de práticas preventivas e de cuidados com a saúde, baseando-se na necessidade de respeitar sempre as escolhas individuais e, assim, inicia um debate sobre a hipocrisia da sociedade em relação a substâncias psicoativas lícitas e ilícitas.

Se a adoção da Redução de Danos como uma estratégia de tratamento para o usuário de álcool e outras drogas é um assunto ainda em debate, repleto de contestações em vários países, no Brasil, a utilização desta estratégia nos serviços públicos é ainda mais controvertida. Porém, atualmente verifica-se diminuição da oposição à adoção desta prática no país.

Para o indivíduo, é mais fácil incorporar e utilizar um discurso já existente do que adotar novos discursos. Tal perspectiva está em consonância com Acselrad, quando assevera:

Mais do que tomar a palavra, deseja ser envolvido por ela, deseja encontrar-se de imediato no interior do discurso, no qual as verdades, uma a uma, se apresentem e ele apenas se deixe levar. [...] O desejo de se deixar levar e o poder exercido pelas instituições seriam réplicas de uma inquietação, diante dos poderes e perigos que envolvem a construção de um discurso próprio – sua realidade material de coisa pronunciada e escrita, sua duração transitória, o próprio sentido temporal das palavras. A partir daí, o discurso das instituições se organiza como instrumento de poder, não havendo espaço para refletir sobre as contradições que, ontem e hoje, permeiam o uso de drogas. (ACSELRAD, 2005, p. 184).

Nesse sentido, faz-se necessário assegurar a liberdade do usuário de decidir pela continuidade ou não do uso da droga, mesmo quando se conheça as inúmeras alterações que todo uso de qualquer substância psicoativa traz, e compreender como importante toda ação que procura minimizar os possíveis efeitos negativos que o consumo de substâncias psicoativas pode causar na saúde física e mental do usuário, visando à promoção da sua saúde. A RD representa um marco importante de atuação da saúde pública moderna e suas ações

[...] correspondem a um conjunto de estratégias de saúde pública que tem por objetivo reduzir e/ou prevenir as conseqüências negativas associadas ao uso de drogas. [...] pode ser entendida, grosso modo, como uma alternativa às abordagens que têm como meta exclusiva a abstinência de drogas. (FONSECA; BASTOS, 2005, p. 289).

De acordo com a Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos (REDUC), a redução de danos é “uma estra-

tégia de saúde pública que busca controlar as possíveis consequências adversas do consumo de psicoativos – lícitos ou ilícitos – sem, necessariamente, interromper esse uso, buscando inclusão social e cidadania para usuários de drogas”<sup>83</sup>. Para o psiquiatra e coordenador do Programa de Estudos e Assistência ao uso Indevido de Drogas (PROJAD), Marcelo Santos Cruz, a Redução de Danos é compreendida como

[...] uma estratégia de abordagem das questões relativas ao uso de drogas, que não pressupõe a extinção do uso de drogas, seja no âmbito coletivo, seja no de cada indivíduo, mas que formula práticas que diminuam os danos para aqueles que usam drogas e para os grupos sociais com os quais convivem. (2006, p. 14).

Para abordar temáticas referentes à questão do usuário e da sua relação com as substâncias psicoativas é necessário registrar que “Insistir em ver a ‘droga’ necessariamente como um mal é desconhecer um dado elementar: as pessoas têm parte ativa na busca destas substâncias” (MACRAE, 2004, p. 12). Nesse sentido, a Redução de Danos, segundo álbum seriado disponibilizado pelo Ministério da Saúde, em sua página inicial, é “uma estratégia de saúde pública que busca reduzir os prejuízos sociais e à saúde de quem usa álcool e outras drogas. Respeita a liberdade de escolha não exigindo a abstinência”. (BRASIL, 2008).

Observando as experiências de vários países, percebe-se que, assim como as políticas públicas, as leis sobre drogas incidem sobre a cidadania dos usuários e provoca o aumento do número de casos de Aids, da quantidade de presos, das taxas

---

<sup>83</sup> Disponível em: <<http://www.reduc.org.br/index.php>>. Acesso em: 12 ago. 2009.

de homicídios e das overdoses. Neste particular, a RD é, então, uma aliada na busca por um estado de bem-estar social para todos, inclusive para os usuários de drogas, que procura por alternativas para o discurso da “guerra antidrogas”, visando, também, um Estado de maior participação e justiça social.

### Considerações finais

A Redução de Danos, compreendida enquanto uma estratégia política de saúde pública, se apresenta, para além da impossibilidade de uma sociedade sem substâncias que alterem de alguma forma a consciência, como uma forma pragmática para lidar com aqueles sujeitos que possuem sofrimento em decorrência do seu uso.

A falta de formação profissional para lidar com a problemática relacionada ao uso abusivo de álcool e outras drogas pode inviabilizar a utilização dos pressupostos e objetivos da RD no cotidiano dos profissionais de CAPSad, podendo comprometer a aplicação de estratégias redutoras de riscos e danos sociais e à saúde de usuários de substâncias psicoativas.

Os paradoxos e as dicotomias presentes nos serviços, com relação à prática da redução de danos operacionalizada institucionalmente no CAPSad, precisam estar em pauta de discussão para que, efetivamente, se possa ter uma assistência em saúde mental para portadores de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas pautadas verdadeiramente nos seus pressupostos.

É importante discutir as contradições possíveis nas assistências aos serviços substitutivos para que a Redução de Danos não seja uma prática mal compreendida. É importante, ainda, que os profissionais desses serviços busquem ampliar a discussão para não incorrer em uma prática reducionista em

que se utilize o termo Redução de Danos no desenvolvimento de ações junto aos usuários de forma distorcida, numa posição de troca zero.

A resposta política e social a ser dada para as questões relacionadas ao uso de substâncias lícitas e ilícitas é o desafio posto para a sociedade brasileira, considerando o contexto socioeconômico-cultural contemporâneo em que o diálogo entre as diferentes esferas sociais emerge. É necessário reconhecer que a RD problematiza o debate sobre a individualidade, ou seja, a relação do indivíduo com o seu corpo.

Considera-se, portanto, que, ao tratar da Redução de Danos como um caminho promissor, a Política Nacional de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde, está em compatibilidade com a abordagem da saúde pública.

## REFERÊNCIAS

ACSRELRAD, Gilberta. A educação para a autonomia: construindo um discurso democrático sobre drogas. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Avessos do prazer: drogas, Aids e direitos humanos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 183-212.

BERTOLETE, José Manuel. Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Álcool e redução de danos: uma abordagem para países em transição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

CHAUI, Marilena. **Política em Espinosa**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

CRUZ, Marcelo S. Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de Redução de Danos. In: CIRINO, O; MEDEIROS, R. (Org.). **Álcool e outras drogas**: escolhas, impasses e saídas possíveis. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p. 131-24.

FONSECA, Elize M.; BASTOS, Francisco Inácio. Política de Redução de Danos em perspectiva: comparando as experiências americana, britânica e brasileira. In: ACSELRAD, Gilberta. (Org.). **Avessos do prazer**: drogas, Aids e direitos humanos. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 289-310.

MACRAE, Edward. **Rodas de fumo**: o uso da maconha entre camadas médias. Salvador: EDUFBA; UFBA/CETAD, 2000.

VALÉRIO, Andréa L. R. **Articulação com a rede de suporte social**: reinventando novas práticas de atenção ao usuário de álcool e outras drogas. Salvador: Uneb, 2007.



# TOXICOMANIA E O DESAFIO DA SAÚDE: UNIFORMIDADE OU DIFERENÇA?

*Alba Riva Brito de Almeida*<sup>84</sup>

O qualificativo de “peste”, ou “virulência social”, presente nos discursos mais genéricos sobre as toxicomanias, culmina por atestá-las como um problema de saúde pública, como um fenômeno que convoca a parceria entre múltiplos atores sociais e abordagens do setor saúde interessados em uma melhor compreensão dos processos saúde-doença nas populações.

A Saúde é um campo transdisciplinar que enoda saberes e práticas dedicados à transformação das concepções sobre os processos saúde-doença e à releitura dos desenhos concernentes às estratégias de intervenção utilizadas na perspectiva da subsunção dos interesses e motivações que se destacam das prerrogativas de atenção e cuidado aliados às convocações das necessidades atuais quanto à diversidade de objetos e práticas de intervenção.

Nosso objetivo, neste texto, é assinalar o esforço de compreensão da ideia de complexidade do *uso de risco* de drogas, sublinhando a importância ético-conceitual da chamada “crise paradigmática” (KUHN, 1989) destacada pelas propostas que objetivam “relativizar o absolutismo ou reducionismo das teorias e práticas clínicas” (MINAYO, 2006) típica dos discursos

---

<sup>84</sup> Psicanalista. Mestre em Teoria Psicanalítica pela UFRJ e Doutora em Saúde Pública pelo ISC/UFBA.

da saúde na atualidade, assinalando a possibilidade de emergência do discurso analítico a cada passagem de um discurso a outro.

Descritivamente, o enodamento desses discursos está na promoção de um novo pensamento sobre o saber-fazer diante das inquietações geradas pelos problemas de saúde e das práticas em saúde que, a partir daí, são criadas. Contudo, a crítica revisionista quanto aos fundamentos e ao escopo da clínica sublinha a querela interdisciplinar construindo, ao invés de corrigir, novas formações de segregação. Por esse viés, as teorias e práticas fomentadas e alicerçadas no âmbito da clínica, sejam elas situadas na área institucional (ambulatórios) ou nos espaços abertos (os denominados consultórios de rua e outras modalidades pragmáticas), estariam rechaçadas das ações integrativas junto a esses sujeitos toxicômanos.

É muito provável que a compreensão deveras apressada de que a clínica induz ao “reduccionismo ou ao absolutismo de algumas teorias e práticas” culmine por determinar a delimitação da universalidade de um campo epistemológico que não concebe a exceção e tudo aquilo que é configurado segundo expressões subjetivas que resistem à uniformização. No cerne das propostas dos programas de saúde, a incidência do discurso analítico pode se situar como capaz de desestabilizar um determinado *semblant* operativo e conceitual e propiciar, como efeito, um giro discursivo (LACAN, 1971). Esse fato se evidencia, notadamente, na atenção primária, porta de entrada das apresentações sintomáticas, que não cessam de surgir convocando os profissionais ao estabelecimento de interações entre os diferentes campos do saber e à releitura da estrutura assistencial onde atuam.

A delimitação da hipótese de exceção no campo transdisciplinar da saúde institui um corte na pretensão universalista

da orientação das intervenções, como apanágio do gozo do Outro, segundo a Psicanálise. É através da exceção que sabemos o lugar do gozo do Outro. Essas afirmações têm uma específica importância na análise da toxicomania visto que, nesta, a ausência da fornalha fálica decorrente da ruptura com o falo simbólico constitui a real situação de subsunção ao gozo do Outro, aquele que dita o bem que convém, na busca mais ampla de sucesso prático; sujeitos bem adaptados ao comando do Outro que, em muitos casos, coincide com o *semblant* de um Mestre Absoluto no campo da Saúde.

Compreendida como um problema de saúde pública, a toxicomania e suas facetas guiam as especificidades do perfil do agir técnico pela observação em torno dos procedimentos de intervenção e das novas construções clínicas acerca das modalidades de demandas dos usuários e da coletividade. Como consequência, assistimos a uma tendência incipiente de utilização de práticas alternativas bastante legitimadas pela permanente preocupação com as emanções culturais, visto que a toxicomania corresponde a um processo complexo que envolve, além da substância, o contexto sociocultural e econômico, com suas pressões e condicionamentos múltiplos, e a subjetividade do usuário, contados no caso a caso, remetidos ao discurso que dá prova de seu real. As realidades são plurais, uma vez que não há realidade senão de discurso, ou seja, de uma ordem que opera no real, e que o real, por assim dizer, as acomoda. (LACAN, 1982).

A crítica aos padrões burocráticos e às estereotípias técnico-teóricas é apreendida por Costa (1989), que ressalta a importância de se poder trabalhar reconhecendo e valorizando as diferenças das representações subjetivas no âmbito dos serviços públicos. É interessante assinalar a sustentação da instituição como o lugar da comunicação no seio de um espaço

público em detrimento da rigidez de algumas propostas, principalmente aquelas veiculadas pela massificação do coletivo.

Voltamos, então, ao pressuposto de que o raciocínio não é universal x particular, mas sim, universal x não todo (não-todo fálico): é através da exceção que sabemos alguma coisa sobre a regra. O sujeito que a Psicanálise opera é o sujeito da Ciência, posto que a Ciência inventa o sujeito do qual a Psicanálise se ocupa. A ciência foraclui o sujeito, sujeito esvaziado, destituído de qualidades empíricas. Por conseguinte, há um golpe imprimido sobre aqueles que fizeram da fórmula “Todo Homem nasce livre e igual”<sup>85</sup> um ícone da autonomia da autossuficiência.

A alienação do sujeito ao discurso do Outro (este que incita a gozar) irradia a diversidade de estabelecimento dos laços sociais, contados Um a Um: o Um do padrão, do comum, do consolidado. É bastante evidente a percepção de que essa irremovível convocação ao gozo – aqui definido como um empuxo irrefreável em direção à satisfação – imprime consequências importantes. A primeira delas é a formação das denominadas comunidades de gozo, ou seja, um modo de configuração dos

---

<sup>85</sup> Trazemos, a guisa de complementação, alguns comentários de Colette Soler (1998) acerca da clássica expressão de Jean-Jacques Rousseau (1712-1778) que inspirou todos os movimentos que visaram uma busca pela liberdade, tendo sido apropriada pela Revolução Francesa:

“Para levar em consideração o mal-estar capitalista seria preciso abrir o capítulo da origem da igualdade entre os homens, da igualdade forçada que o reino do empuxo-à-consumação instaura e que faz de cada indivíduo um proletário, casado com produtos através dos quais ele é instrumentalizado. Todos proletários, mas isso não quer dizer todos iguais. Quando os semelhantes entram em falência, não resta senão a quantidade para inscrever a diferença. O ser do proletário instala as diferenças no nível do Ter. O registro da quantidade acompanha a foraclusão da singularidade e seu retorno no real.

O psicanalista não tem nada a objetar contra a ascensão da ideologia dos direitos do homem. Esta é estritamente correlativa das devastações da civilização moderna”.

laços sociais onde o sujeito se faz representar pelo parceiro-droga, marcando o traço do seu próprio exílio.

Assistimos, portanto, a uma modalidade de gestão dos sintomas-sociais, estes que se destacam pela correspondência do padrão homogêneo com a faceta de segregação entre os membros de uma comunidade que regem os modos de gozo, na forma de uma distribuição sistematizada de meios e de maneiras de gozo.

As perspectivas de tratamento com usuários de drogas partem do princípio de que os usuários partilham de uma realidade idêntica, na acepção de que estão adequados a uma verdade de um discurso que os torna plasmados dentro de um sistema de assujeitamento social o que, a princípio, denota uma uniformidade que os tornaria idênticos. Assim, o trabalho do psicanalista tem como ponto de partida a inexorável constatação de que a produção de um sujeito advém da superação da conformidade com que o toxicômano se aferra à identidade do ser toxicômano.

A dimensão polissêmica da problemática das drogas remete à relação dos homens com a droga e à leitura dos eixos interpretativos impressos nas abordagens encontradas no campo da saúde coletiva. Um desses eixos envolve a discussão sobre o conceito de sujeito (AYRES, 2001) ratificada pelo imperativo de “superação dos pressupostos solipsistas e fundamentalistas que permanecem na base de nossa concepção mais habitual de sujeito” (AYRES, 2000, p. 19). Já pontuamos em outro lugar (ALMEIDA, 2008), que a ideia de sujeito adotada pela saúde coletiva encerra o conceito de intersubjetividade na equivalência com as interações sociais que se destacam nas propostas de saúde. É evidente que:

A identidade das práticas não pode ser confundida com a proliferação de eus, posto

que ela é sempre relativizada quando posta em contato com outros eus, quando a força afirmativa de um eu é enfrentada, na provocação daquilo que provém do outro, apontando para a irremediável contingência de nossas identidades. Por conseguinte, a assunção da identidade como lugar-tenente das articulações institucionais assinala e interroga o esquema de relação dos elementos da estrutura entre si e a função de uns sobre os outros. (ALMEIDA, 2008, p. 19).

A superação das condições de existência solipsistas aventadas por Ayres dentro de uma perspectiva fenomenológica dá o testemunho da necessária dimensão prática e transformadora (HABERMAS, 1990) quanto ao “caráter imediatamente relacional e irremediavelmente contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos” (AYRES, 2001), condição que também inclui o psicanalista, cuja prática identitária em permanente deslocamento faz semblante para a construção de novas identidades e recorta o lugar do sujeito do inconsciente no cenário da toxicomania, diante de uma cartografia que contém o toxicômano plasmado na sua aderência ao produto, evidenciando as modalidades de laços societários entre os parceiros. Essa cartografia provoca a diversidade de leituras em torno do toxicômano e irradia distintas dimensões táticas e estratégicas acerca de como essa convocação à coletivização se traduz na exceção, instalando uma outra lógica visando ao inconsciente a partir do que se pode pontuar um sujeito, produto de articulações significantes.

A indissociabilidade da estrutura social com a estrutura do sujeito deriva da interpretação da sintonia contemporânea, tributo do discurso capitalista. E aqui reside a aposta analítica: operar sobre as ambiguidades de uma civilização marcada pela homogeneização dos modos de gozo ditados pelo imperativo su-

peregrino GOZA! (LACAN, 1982, p. 11); a lógica desse imperativo, aliando-se aos produtos da ciência, conseguiu subverter nossa realidade, na configuração das modalidades de enlaces dos indivíduos aos objetos de consumo cuja articulação particular remete às demandas de cada sujeito.

Esse paralelismo, mediado pela concepção não somente da ausência de toda separação entre o sujeito e o objeto como da prevalência do objeto sobre o sujeito, se revela como apanágio do que se denomina discurso do capitalista o qual inclui a referência ao consumo, o objeto fabricado e a mercadoria em seu valor de uso. Desse modo, a toxicomania, como uma modalidade de gozo, culmina por prescrever as identidades modeladas pelo parceiro-sintoma nas quais se verifica a impossibilidade da satisfação erótica na aliança com um parceiro sexual.

Nesse sentido, constatamos que a inexistência de laço social ratifica a vocação absolutista ou reducionista da toxicomania, devido à natureza homogênea e continuísta das evidências sociais que testemunham os atos toxicomaniacos. A partir dessas hipóteses clínicas, nos perguntamos quais são as implicações dessa condição no que concerne à estruturação do sujeito do inconsciente, uma vez que o sujeito conota, do gozo, suas necessidades mais essenciais?

Algo que fecha (o conjunto dos toxicômanos) só acontece se algo fica fora (a exceção). O resto de gozo que não pôde sucumbir no corte e que não pôde ficar na exceção retorna na impulsão. A exceção impõe o limite e esse limite é inscrito no plural. Pensamos que as saídas são plurais e a droga pode vir a ser uma delas, como indicação de uma outra clínica onde a dimensão humana aparece superdeterminada, onde o sujeito, no limite, pode se reduzir ao significante mínimo, a droga.

Na lógica da estruturação psíquica, a toxicomania pode representar, então, uma tentativa desesperada de estrutura-

ção, evidenciada pela experiência de indexação ao objeto causa de gozo, correlato a um discurso que organiza a realidade de nosso mundo, com que o toxicômano parece concordar. Não obstante essa sua certeza, nos esclarece Soler:

[...] a realidade psíquica, ao contrário, impõe-se não apenas como dissimulada, mas como pura diferença de um a outro; logo, não é possível de ser coletivizada. Não é possível a universalização do sujeito e o fazer funcionar um ‘para todos...’ ao preço de uma exclusão. Esta exclusão, Freud a situou com o termo de dessexualização. Digamos: exclusão do impossível de universalizar: o real é o impossível de universalizar [...]. (1998, p. 83).

Trabalhar com o toxicômano é lembrá-lo como ser falante e sexual, em todos os tempos da sua estruturação. Na adolescência, lembrar que é a partir da puberdade que se retomam as questões edípicas, que a passagem ao ato sexual se coloca no horizonte, que a relação ao falo se coloca aí e que o sujeito é convocado ao Outro sexo, com toda a complexidade que o imaginário social oferece, que a ordenação da dialética do desejo se situa face à diferença dos sexos, diferença essa que tem no falo o substrato da demarcação da partilha dos sexos, que é gerada pela expressão de uma falta, portanto, tudo que a aderência ao objeto obtura na sua persistência e na diversidade de dependências. Há um saber não sabido pelo próprio sujeito o qual não é reduzido nem absolutizado pela massificação do coletivo; saber produzido na própria experiência, quando o sujeito é confrontado com a questão do seu gozo.

O tempo da toxicomania corresponde ao tempo de instituição da falta, que se apresenta colmada pelo objeto cuja heterogeneidade pode vir a sinalizar – através do uso da droga



– os modos pelos quais a falta se inscreve pelo desejo. A aposta é que algum saber venha a ser deduzido na borda com o real da experiência de gozo, naquele ponto nodal da hiância que separa o gozo (no sentido da transgressão) do desejo.

Toda palavra instala o Outro no campo da linguagem, mesmo que dessa palavra não tenhamos mais do que vagas e indiscerníveis manifestações, mesmo na sua indeterminação subjetiva. A proposição de que se tenha um ouvinte instala o Outro, condição extraída da experiência analítica, que só tem lugar com a presença do analista, suposto ouvinte.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Alba Riva B. **Os avatares institucionais no campo da drogadição e suas incidências na construção de práticas terapêuticas alternativas**. Salvador, 2008. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2008.
- AYRES, Isabela B. S. J. **Políticas e gestão em saúde no campo da Saúde Coletiva**: análise temática das teses e dissertações produzidas no Brasil entre 1993 e 1998. Salvador, 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Universidade Federal da Bahia, 2000.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n1/7025.pdf>>.
- COSTA, Jurandir Freire. **Psicanálise e contexto cultural**: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias. Rio de Janeiro: Campus, 1989.
- HABERMAS, Jürgen. **Pensamento pós-metafísico**: estudos filosóficos. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1990.
- KUHN, Thomas S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1989.

LACAN, Jacques. **D'un discours qui ne serait pas du semblant**. Seminário inédito. 1971.

LACAN, Jacques. **O seminário**: livro 20; mais, ainda (1972-1973). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1982.

MINAYO, Maria Cecília de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p. 225.

SOLER, Colette. A incidência política do psicanalista. In: \_\_\_\_\_. **A psicanálise na civilização**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1998.

# A CLÍNICA DAS TOXICOMANIAS NO PARADIGMA DA ILEGALIDADE: COMO A ILICITUDE INFLUENCIA NA PRÁTICA<sup>86</sup>

*Maria Luiza Mota Miranda<sup>87</sup>*

## A atualidade do tema. A tensão como geradora do debate

O tema da legalização e descriminalização do uso de drogas vem ganhando força em vários campos da sociedade. Não há como não se impressionar com o crescimento vertiginoso da economia da droga e com os embates cada vez mais frequentes entre policiais e traficantes e entre grupos de traficantes, com a violência, tiroteios, balas perdidas e mortes.

O debate se acentua nas universidades, na sociedade, na mídia, a partir de movimentos que pressionam a abertura da discussão. Nos meios políticos, a proposta de legalização ganha corpo como alternativa à criminalidade e à violência do tráfico. Tensões e conflitos se revestem em duelo entre argumentos em defesa da criminalização e posições que advogam caber a cada

---

<sup>86</sup> Texto apresentado em: CENTRO DE ESTUDOS E TERAPIA DO ABUSO DE DROGAS – CETAD/UFBA. Jornada de Estudos Clínicos e Sociais, XXI. **Toxicomania, cultura e lei**. Salvador, out. 2008; SECRETARIA DE JUSTIÇA, CIDADANIA E DIREITOS HUMANOS/CONSELHO ESTADUAL SOBRE DROGAS/CONEN. **Seminário Estadual sobre Drogas**, VI. Salvador, ago. 2009.

<sup>87</sup> Psicóloga. Psicanalista. Coordenadora do Núcleo de Estudos Avançados. Membro da Escola Brasileira de Psicanálise e da Associação Mundial de Psicanálise.

um, ao seu fórum interno, a incumbência de decidir sobre o uso de SPAS. (ESCOHOTADO, 1994).

É nesse âmbito que o CETAD se insere, enquanto Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, fornecendo subsídios para ações políticas e socioculturais em relação à questão das drogas e, através de intercessões, a exemplo da lei que restringe a direção de veículos após o consumo de álcool.

### A Psicanálise no social

Se as discussões sobre legalização e criminalização pertencem ao campo político, jurídico e social, cabe, todavia, à clínica a responsabilidade de contribuir com esse debate. A análise facilitada, no indivíduo, a conexão com suas significações mais radicais, mais íntimas, inserindo a dimensão de satisfação presente em cada uso, situando a função da droga na economia psíquica. Ao funcionar como uma extensão técnica da antropologia, que explora no indivíduo o alcance das produções de nossa sociedade (LACAN, 1998), a psicanálise verifica que a prevalência da drogadição enquanto tipo clínico responde a um contexto econômico e sociocultural, da época de um casamento entre a ciência e o capital, que se marca pela redução da subjetividade e pela supressão do sujeito do inconsciente e das fantasias. Há que se atinar para essa época de transformações sociais e de mutações subjetivas na qual novos paradigmas do psiquismo se destacam e alguns sintomas entram em moda, a exemplo das anorexias, bulimias, síndromes de pânico e toxicomanias.

É nesse contexto que assistimos à irrupção de um gozo público, desmedido, escancarado, da droga, da violência sem lei, onde a única lei é a do gozo. Por fim, esse é o foco de nossa investigação, examinar como o imperativo categórico que criminaliza o uso de certas substâncias ressoa na individualida-

de do usuário. Daí aceitar essa indicação, apresentando aqui algumas reflexões oriundas de uma prática de vinte anos com usuários de drogas.

## Sobre as proibições

Sempre existiram tensões em torno do uso de SPAs. Um passeio socioantropológico revelará razões morais, econômicas e políticas por trás da legalização e da descriminalização das drogas:

### ***Concupiscência, gozo, satanismo. Razões morais e sociais***

A primeira referência escrita sobre a papoula dormideira, em 3000 a.C., aparece em uma palavra que significa, também, gozar (ESCOHOTADO, 1994, p. 15). Colocar o gozo antes da cautela, eis a evidência que, na Grécia e Roma antigas, vem suscitar as proibições iniciais ao uso do vinho. A periculosidade social e individual dessa droga é dramatizada por Eurípedes, em *As Bacantes*, onde Penteu, tirano de Tebas, condena o culto ao “estrangeiro Dionísio-Baco” (ESCOHOTADO, 1994, p. 26). Na Grécia, serão excluídos do uso do vinho as mulheres e os menores de trinta anos, suscitando conflitos pessoais e coletivos e mortes. O tema de Eurípedes é atualizado por Espúrio Póstumo (186 a.C.) que passa a perseguir as pessoas relacionadas com o culto Os Mistérios de Baco.

Ao elemento religioso dos bacanais acrescentavam-se os deleites dos vinhos e das festas. Quando o vinho inflamou suas mentes, e a noite e a promiscuidade [...] apagaram todo o sentimento de modéstia, começaram

a praticar-se toda espécie de corrupções. (ESCOHOTADO, 1994, p. 33).

A relação entre drogas, luxúria e bruxaria determinará a proibição do período Inquisitório. O erotismo ligado às drogas será detectado pela mentalidade da Inquisição, que fará da caça às bruxas a forma de conter “a lubricidade mais abominável” (ESCOHOTADO, 1994, p. 48).

No século XVI, encontramos proibições advindas da reação da igreja contra o saber popular sobre as drogas, como forma de ordenamento moral (MACRAE, 2008).

### ***Sobre as razões políticas e econômicas. Sobre o controle político e a indústria da droga***

Já se verificavam, nas guerras civis romanas, a perseguição aos fiéis de Baco como uma resposta política de intimidação ao povo e de caça aos inimigos.

Em nome da perseguição às Bruxas de Salem, enormes extensões de terras foram confiscadas.

A partir do século XVIII, a droga perde sua auréola herética, de satisfação, para se incluir na condição de remédio “científico” (ESCOHOTADO, 1994, p. 62), democratizando o seu uso a partir do renascimento da farmacologia. Com ela, nasce um modo de controle social. Com ela, uma nova indústria crescerá sem pausa.

Motivos econômicos fomentam, na China (1729), a proibição do comércio do ópio com os europeus, mantendo o seu cultivo no solo chinês, “decisão que excita corrupções na burocracia e uma firme resistência passiva no povo” (ESCOHOTADO, 1994, p. 68). Três anos depois, a proibição do cultivo do ópio no território chinês fornecerá uma definitiva vantagem ao contrabando.

Nos anos seguintes, a Alemanha dividirá o prejuízo da proibição da comercialização do ópio, forçando a proibição do uso da cocaína.

Por volta de 1900 todas as drogas se encontram disponíveis nas farmácias e drogeries, podendo ser comercializadas pelos correios, na América, Ásia e Europa. Há dependentes, consumidores moderados e imoderados [...] o que mal chama a atenção de jornais ou revistas e nada de juizes ou polícias. Não é um assunto juridico, político ou de ética social. (ESCOHOTADO, 1994, p. 91).

No entanto, inicia-se uma mudança de atitude vinculada a dois fatores básicos:

A vigorosa reação puritana, nos EUA, que vê com desconfiança as massas de novos inimigos e as grandes urbes e, assim, as diferentes drogas passam a ser associadas a grupos definidos por classes sociais, religião ou raça.

O desenvolvimento do capitalismo que, em suas relações capital-trabalho, transfere ao poder médico e farmacêutico o monopólio sobre as drogas. (ESCOHOTADO, 1994, p. 92).

## É a lei que faz o pecado

Essa máxima, proferida por São Paulo, será ratificada na aliança do puritanismo com o terapeutismo, que se cristalizará em leis a partir do final do século XIX, a exemplo da Lei Seca. Por trás da bandeira “a América limpa de ebriedade, jogo e fornicção”, o ópio e a morfina vão ocupar o quarto lugar entre os fármacos mais vendidos nos EUA. A partir daí, alguns dirigentes de corporações de vendas começam a declarar que o comércio livre transforma os jovens em criminosos e as jovens

em prostitutas – uma profecia que terá que aguardar pela proibição para se cumprir. (ESCOHOTADO, 1994, p. 94).

A legislação repressiva dará lugar a um crescimento vertiginoso do contrabando, envolvendo policiais e alterando a tipologia do consumidor: se antes, era, na sua maioria, uma pessoa de classe média com mais de quarenta anos, sem histórico delituoso, agora começa a se concentrar em gente muito mais jovem e pobre e, por isso mesmo, com um melhor acesso ao mercado negro. (ESCOHOTADO, 1994, p. 99).

Em 1932, após doze anos de vigência da Lei Seca, produziu-se meio milhão de novos delinquentes e corrupção em todos os níveis. Em 1933, a Lei Seca é revogada, por ter fomentado a injustiça, a hipocrisia e a criminalização de grandes setores sociais, obscura corrupção e criação do crime organizado. Com a revogação, chefes de gang estudam a possibilidade de se dedicar ao comércio da morfina e da cocaína, aproveitando a proibição vigente para essas drogas (ESCOHOTADO, 1994, p. 100).

R. A. Schales, médico, em artigo publicado no *American Mercury* 1925, declara:

A maior parte da dependência de drogas hoje em dia deve-se diretamente à lei Harrison, que proíbe a venda de narcóticos sem receita médica [...]. Os aditos arruinados atuam como agentes provocadores para os traficantes, sendo recompensados com ofertas de droga ou entregues à crédito. A lei Harrisosn criou o traficante de drogas e o traficante criou o adito. (ESCOHOTADO, 1994, p. 100).

Louis Lewin (1927), em seu tratado de psicofarmacologia moderna *Phantasistica*, ironiza sobre a Lei Seca, sem saber que o proibicionismo antiálcool está a se alastrar rapidamente a outros fármacos:



E por que esse esbanjamento de esforços contra o álcool somente? Por que não há uma cruzada geral contra a morfina, a heroína, a cocaína, a nicotina, o amor, o jogo? A luta contra o álcool não assenta em juízo claro, mas em preconceitos. Quando não houver acto delituoso mas apenas excesso de bebida, o meu conselho é considerar esse excesso assunto de ordem puramente privada. Faz tão pouco dano a terceiros como o estado morfinico ou cocaínico voluntário, como embriagar-se de cafeína bebendo demasiadamente café. Todo homem tem direito a causar-se danos; só quando é chamado às fileiras se deve suspender esse direito. (ESCOHOTADO, 1994, p. 109).

O Apêndice do livro de Escotado é consagrado à corrupção institucional, à implicação de policiais e funcionários públicos em crimes relacionados a drogas, revelando que só 5% desses crimes chegam a ser descobertos.

### **A quê e a quem serve legalizar?**

Assistimos a um fenômeno surpreendente na lógica capitalista: a capacidade de transformar certas substâncias em mercadoria de alto valor e, neste bojo, se inserem as SPA. Cria-se, desse modo, um mercado único de gozo controlado pelas leis mercantis. Diferentemente do antigo bebedor de coca-cola, que quer sempre coca-cola e resiste a qualquer alteração em sua fórmula, que recusa a oferta light, ou do bebedor de vinho, que é capaz de atravessar a fronteira de um país a outro para degustar a sua marca preferida, o usuário contemporâneo troca facilmente um produto pelo outro, de acordo com a oferta. A utilização em massa das drogas gera lucros e quanto maior for o seu potencial de criar dependência, maiores serão os benefícios.

Hoje, a comercialização das SPAS, legal e ilegal, chega a ocupar o segundo lugar na economia mundial junto com a indústria de armas. E, na esteira da ilegalidade, o narcotráfico assegura os seus objetivos: “O que o narcotráfico quer, em primeiro lugar, não é matar pessoas, quer consumidores vivos, não importam quem sejam. O que se quer é colocar e vender sua droga no mercado, o que temos é uma pesada e feroz disputa armada por mercado” (ANTÔNIO RISÉRIO, 2008).

A proposta da FARC na Colômbia é que os camponeses possam ter outra possibilidade econômica que não a coca e o ópio.

### **A ilegalidade do uso é um tema que pertence ao direito e à socioantropologia**

Ao se debruçar sobre o tema, a Socioantropologia assinala o peso das representações sociais para o indivíduo e examina como uma rotulação pode determinar uma existência. “Como a sociedade representa esse tipo de uso é como uma profecia que se cumpre a si mesma”. Assim, o efeito da droga depende também do que se afirma, do que se sabe, em direta conexão com a situação política e econômica. Resgata, ainda, a importância e a tirania dos controles sociais informais (MACRAE, 2008). As categorias do crime são sempre relativas aos costumes e às leis existentes. Mas, “persuadir a multidão significa impor a própria opinião às múltiplas opiniões, é governar com violência” (ESPINHEIRA, 2008).

Desse modo, a ilegalidade condena o indivíduo, desumanizando a sua relação com a droga.

## Como a ilicitude influencia na prática

A clínica evidencia uma relação dialética entre a lei que interdita o uso e a busca pela droga ilegal, lei que sentencia o usuário a uma condição de criminalidade, seja ela veiculada pela justiça, pelo pai ou mesmo pelo social. Se usar, é criminoso: essa sentença implica o indivíduo com o ato, não restando para ele outra possibilidade de existência. Na interpretação psicanalítica essa é a estrutura da sugestão primordial, alienação fundamental imposta a todo ser falante. Nessa perspectiva, o imperativo e o fazer não são de ordens diferentes. A ação de usar uma droga ilegal vai dar sustentação a um se fazer de criminoso, que o indivíduo, sem se interrogar, consente inconscientemente. São usos ilegais que encontram, desse modo, sentido em uma economia mental que amortece suas experiências de usuário, favorecendo a ruptura com a comunicação social e a doença. (LACAN, 1998).

Resta saber como e por que o usuário responde a isso, como a proibição de um uso se inscreve na realidade humana de cada um? Como responde ao imperativo categórico ao qual, aquele que demanda tratamento, se sente submetido, “como uma profecia”, determinado a cumprir, sem saber por que, e a partir do qual ele se realiza como culpado, criminoso, marginal, assentimento subjetivo necessário à própria significação da punição, pois a grande determinação do crime é a própria concepção de responsabilidade que o indivíduo se permite receber da cultura em que vive. (LACAN, 1998, p. 128).

## Vinhetas

Jonas mata, para se defender de morrer, em uma briga de ciúmes de amor. Foge, realizando sua condição de fugitivo no encontro com o uso ilegal e o tráfico, do qual se faz devedor.

Paulo, desde criança, escutava a sentença paterna de que “todo usuário de maconha é marginal, matador, tudo de ruim”. Pai ausente de diálogo, de carinho, presente pelas explosões de violência, de agressividade, que bate sem razão, o que será determinante na existência e na vida de Paulo que passará a usar maconha na adolescência. Solicita o tratamento porque se paralisa, entra em pânico diante da possibilidade do encontro com o outro, onde acende o cenário de “tudo de pior”; assim, a velhinha ao seu lado, na sala de espera, se transforma em marginal, “Vovó Metralha”. Fazendo-se vítima da violência assassina, vítima de vários assaltos, do encontro com um sócio desonesto pelo qual se deixa roubar, marginalizando-se pela contração de dívidas.

Jorge diz que busca a droga ilegal, o crack ou a cocaína, como modo de resposta à relação com o pai, tirânico, que só dita, não conversa.

Quando compara o crack à maconha, M diz que o crackeiro é o sacizeiro, não tem moral, é a condição última.

Carlos se refere a um pai rígido, que não dava carinho, pouco falava, mas, quando o fazia, tinha que se obedecer. O uso do crack é associado à morte paterna. A droga libera a prática sexual, o deixa bobo, impuro, faz o que normalmente não consegue fazer: libera-se do pai.

São casos que apontam uma relação entre o uso marginal e a interdição veiculada na função paterna, marcada pela ferocidade e agressividade a que, ao sujeito não resta alternativa, senão obedecer. A Psicanálise sinaliza o aspecto mórbido, patológico e obsceno a que pode chegar a lei, podendo ser internalizada pelo sujeito pela instância freudiana, simbólica, do supereu, instância que se inscreve nas estruturas mais radicais que a linguagem transmite inconscientemente. No homem, o supereu representa a instância

social, o que internalizou do social. A Psicanálise assinala, ainda, a existência de uma tensão estrutural na articulação do homem com a natureza, tensão que aumenta na medida do aumento da exigência da civilização e, com ela, o aumento da exigência do supereu.

## Estratégias clínicas

Consideraremos aqui dois princípios:

- A busca da verdade implícita no uso

A ideia é conduzir o indivíduo ao alcance da significação implícita no seu uso ilícito de se drogar; fazer cuja base se suporta no seu sofrimento. Pois, o respeito pelo sofrimento do homem é o que define o caráter sagrado da ação médica e da experiência analítica (LACAN, 2003). Essa busca não isenta, no entanto, de cada um, a responsabilidade pelos seus atos, a responsabilidade social, campo em que a clínica se limita, devendo reservar-se de entrar. (LACAN, 2003).

- A implicação do indivíduo na responsabilidade de seus atos e das consequências que o uso pode trazer

A experiência clínica tem demonstrado que quanto maior for a responsabilidade do indivíduo pelo seu ato, responsabilidade, no sentido de uma tomada de decisão, melhores as chances no tratamento.

A ação concreta da psicanálise é de benefício numa ordem rija. As significações que ela revela no sujeito culpado não o excluem da comunidade humana. Ela possibilita um tratamento em que o sujeito não fica alienado em si mesmo. A responsabilidade por ela restaurada nele corresponde à esperan-

ça, que palpita em todo ser condenado, de integrar-se num sentido vivido [...] a idéia de responsabilidade sem a qual a experiência humana não comporta nenhum progresso. (LACAN).

Se a direção do tratamento humaniza, ela não retira, porém a responsabilidade. Usamos drogas por que somos humanos.

### Por sermos humanos, usamos drogas (NERY FILHO)

Uso que sempre fez parte da condição humana a milhares de anos, cumprindo as mais amplas funções; usos que se inscrevem na cultura de povos, em suas religiões, rituais, no auxílio à força produtiva; usos proporcionadores de prazeres, satisfações, alteradores de estados de consciência; usos medicamentosos, de alívio de tensões, *stress*, amenizando dores e sofrimentos.

Mas, na perspectiva da Psicanálise, que considera o homem enquanto ser de linguagem, cabe, ainda, interrogar por que usamos drogas, que função cumpre, o que causa o uso de SPAS para o ser falante?

### O tratamento

O tratamento direciona para uma integração do indivíduo em sua responsabilidade.

Sob o efeito do imperativo categórico – todo uso de droga ilegal é crime –, ordem que o indivíduo dá a si mesmo, ele rejeita os motivos inconscientes, rejeitando a realidade de sua verdade.

Na clínica, o tratamento do imperativo passa por sua modalização, a partir de uma frase interrogativa – Você já se inter-

rogou por que se faz de? – como forma de tirar essa condenação do pensamento, diz Villalba. Por que se faz de marginal, de matador, de tudo de ruim? O que Paulo faz no mundo, as funções profissionais que chega a exercer com muito reconhecimento, mas que paralisou, não corresponde à prescrição paterna na qual ele ficou alienado.

Não se trata de desvendar o mandamento que se escutou, nem a intenção do mandante, mas o surgimento do nonsense, do não sentido, a insensatez da prescrição, retirando o efeito do imperativo do mandato, permitindo, assim, ao sujeito a decisão que permanecia ausente. (VILLALBA, 1998).

Da lei severa, insensata e obscena, da lei que interdita ao pai que dialoga, que diz sim, que dá as condições de possibilidade, abrindo as portas para a decisão.

Assim, Paulo aponta outra direção para a lei: meu pai poderia ter conversado comigo, sem precisar me bater tanto. Apontando para a inscrição do Nome do Pai que diz sim.

A lei que criminaliza, que reforça a alienação, não deixa alternativa ou condição de possibilidade. Na interdição não se diz o que é possível, só se proíbe. Na hora que diz não, não diz o que pode e se fica sem sustentação. Assim Carlos ficou, sem saber que pode se liberar de outro modo, que não o de bobo. Que pode sustentar sua sexualidade sem precisar se marginalizar.

Nesses casos, é imprescindível, no tratamento apontar para outras possibilidades de existência e de outros fazeres: Você pode fumar, tocar, cozinhar, e não ser marginal, nem matador. O que falta é o pode, já que ele está preso no imperativo categórico.

Se a lei funda o crime, a permissão enuncia o que pode fazer: Você pode beber, desde que não dirija, implicando o indivíduo nos seus dois atos.

Pais que, para esses indivíduos, se ausentaram do amor, não disseram sim, o que dificulta. Finalmente, caberia levar em consideração o argumento lacaniano de que só o amor faz o desejo condescender ao gozo.

## REFERÊNCIAS

- ESCOHOTADO, Antonio. **História elementar das drogas**. Lisboa: Antígona Editores Refractários, 1994.
- ESPINHEIRA, Gey. **Sociologia das emoções**. Curso proferido no mestrado de Ciências Sociais. UFBA, 2008.
- FREUD, Sigmund. O mal estar na civilização (1930 [1929]). In: \_\_\_\_\_. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XXI.
- LACAN, Jacques. Introdução teórica às funções da psicanálise em criminologia. In: \_\_\_\_\_. **Escritos**. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 125-151.
- LACAN, Jacques. Premissas a todo desenvolvimento possível da criminologia. In: \_\_\_\_\_. **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. p. 131.
- MACRAE, Edward. **A socioantropologia das drogas**. Curso. Salvador, Mestrado de Ciências Sociais, UFBA, 2008.
- NERY FILHO, Antonio. **Drogas e condição humana**: aula. Salvador, CETAD, abr. 2008.
- RISÉRIO, Antônio. Da cidade amada à cidade armada. **A Tarde**, Salvador, 4 out. 2008.
- VERGARA, Rodrigo. **Drogas, o que fazer a respeito**. jan. 2004.
- VILLALBA, Ivete. **As lógicas do final de análise**. Texto inédito.



## ASIMOV, ROBÔS E A PSIQUIATRIA DAS DROGAS

*Esdras Cabus Moreira*<sup>88</sup>

No seu conto *Visões de Robô (Robot visions)*, o escritor de ficção científica Isaac Asimov nos leva ao mundo de 2030, onde um grupo de cientistas, os “aristocratas da física”, chamados de Os Temporalistas, desenvolvem uma máquina do tempo e enviam um velho robô, Archie ou RG-32, para o ano de 2230, duzentos anos no futuro. No seu retorno, o robô responde placidamente às perguntas nervosas dos cientistas, que descobrem um mundo futuro com a população reduzida dos seus dez bilhões para um bilhão de habitantes, sem agressões ao meio-ambiente, sem fome ou guerras, sem grandes centros urbanos, um paraíso na terra.

Archie fora bem recebido pelos habitantes do século XXIII. Levaram-no a quase todos os lugares e revelaram quase tudo, menos os detalhes do que ocorrera nos duzentos anos passados. Os futuros habitantes da terra pareciam saber, previamente, da visita do robô vindo do passado e riam da sua tecnologia primitiva, mas reconheciam nele o início de tudo o que vieram a ser. Os Temporalistas ouviram tudo isso, questionando se valeria à pena retornar ao futuro para saber mais

---

<sup>88</sup> Psiquiatra. Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/UFBA. Mestre em Saúde Coletiva – Instituto de Saúde Coletiva – ISC. Mestre em Ciência da Saúde pela Universidade John Hopkins. Doutorado do Departamento de Arquitetura e Urbanismo da UFBA.

detalhes daquela maravilhosa evolução da raça humana, mas, diante de um futuro tão promissor, resolveram encerrar o projeto de viajar no tempo, já que qualquer nova interferência poderia significar uma variação na linha temporal dos eventos que levariam a humanidade a alcançar tamanhos avanços. Relevaram mesmo a curiosidade do que seriam os tempos negros que separariam o seu presente da época visitada pelo velho RG-32.

Mas o que ligaria o conto de Asimov à psiquiatria das drogas? O termo Psiquiatria das Drogas será usado aqui no sentido das práticas e pressupostos teóricos da Psiquiatria atual em relação ao comportamento de uso problemático de drogas psicoativas, lícitas e ilícitas, pelas pessoas. Para uma resposta a essa pergunta, será necessária uma descrição dessas práticas e pressupostos, para, em seguida, tentarmos a aproximação sugerida pelo título do artigo.

Atualmente, a Psiquiatria utiliza o modelo biopsicossocial para explicar a dependência química ou, como é nomeada na 10ª edição da classificação internacional das doenças, a CID-10, os Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao Uso de Substâncias Psicoativas. Nesse modelo, o abuso e a dependência de drogas são vistos como resultantes da interação de fatores de risco e de proteção relacionados, de inúmeras maneiras, à droga, às características do indivíduo e ao ambiente social.

No que diz respeito à substância psicoativa, temos a sua capacidade de estimular áreas cerebrais responsáveis pela sensação de prazer, áreas envolvidas no sistema de recompensa, tais como as estruturas mesolímbicas (área tegumentar ventral e núcleo acumbente) e as estruturas corticais (lobo pré-frontal). O estímulo de neurotransmissores e as mudanças operadas no funcionamento cerebral, na presença e na ausência da droga,

levariam aos estados de abstinência, tolerância e compulsão para o seu consumo. Também o indivíduo, suas experiências de vida, a história de uso de drogas por parente próximo, a existência de doença mental associada ou as características da sua personalidade, herdadas ou não, seriam elementos importantes para um consumo prejudicial. Finalmente, o ambiente social e familiar, o acesso à substância e os suportes sociais completariam o cenário que, a partir das combinações possíveis dos elementos mencionados, levariam a uma maior ou menor vulnerabilidade do indivíduo ou de determinadas populações e grupos sociais aos impactos do uso de substâncias psicoativas.

Uma vez instalada a dependência química, os mecanismos neurobiológicos relacionados ao sistema de recompensa com o conseqüente comportamento compulsivo bem como a dificuldade de planejar as ações com cálculo apropriado das conseqüências levariam a modificações nos arranjos iniciais, criando novos cenários desfavoráveis, por mudanças nas relações familiares e sociais e intensificação de comportamentos antissociais e condutas direcionadas à aquisição e uso das substâncias psicoativas, com estreitamento do repertório social.

Com base nesse entendimento, ao psiquiatra, como clínico, cabe desenvolver estratégias que associem intervenções psicossociais com intervenções farmacológicas. Desde a avaliação inicial do paciente, a abordagem reúne elementos técnicos da psicoterapia dinâmica, da entrevista motivacional e das estratégias comportamentais e o aparato medicamentoso existente, na tentativa de fortalecer a motivação do paciente para o tratamento e o entendimento do modelo de dependência, de reduzir os sintomas iniciais de abstinência, no momento seguinte à interrupção do uso, e o controle do desejo intenso pela droga, que se prolonga por semanas, favorecendo recaídas ao longo do processo terapêutico. É evidente que nenhuma ação

do psiquiatra é destituída de um sentido dinâmico, do entendimento da subjetividade do usuário e do que, para ele, significa o tratamento com o distanciamento da droga e as modificações resultantes no seu funcionamento psíquico e interpessoal. Portanto, na Psiquiatria das Drogas o homem é sempre o elemento central, na sua humanidade e na sua consciência e vivência do mundo. Fora desse contexto, não teríamos uma clínica psiquiátrica da dependência química, apenas considerações sobre os efeitos farmacológicos das drogas.

Entretanto, com o avanço das Neurociências e do modelo da Biomedicina, a ideia de um controle do comportamento humano através do entendimento do funcionamento cerebral, na tentativa de redução da mente ao cérebro, introduz a ideia de que, ao entendermos o funcionamento cerebral na dependência de substâncias, suas áreas de metabolismo ativo e inativo, os circuitos que relacionam os sistemas de recompensa ao córtex frontal e os neurotransmissores envolvidos, estaríamos no caminho para a resolução do problema do homem com as drogas.

Os novos fármacos para o tratamento do tabagismo, por exemplo, reforçam a ideia de um tratamento essencialmente somático para a dependência, o que implicaria em uma possível eliminação da patologia através do combate do agente causador ou da imunização aos seus efeitos, como no modelo utilizado para as doenças infecciosas. Os métodos de reposição de nicotina, a utilização de antidepressivos e de moléculas agonistas dos receptores nicotínicos podem reduzir a abstinência e a fissura pelo tabaco. Do mesmo modo, tentamos substâncias que modifiquem o consumo do crack, forma básica da cocaína, como o anticonvulsivante topiramato ou o dissulfiram, inibidor da dopamina hidroxilase. Para o álcool, acrescentaríamos a naltrexona, antagonista opioide, e o acamprosato, inibidor dos receptores glutamatérgicos. Criamos assim a esperança de

que, no futuro, meios cada vez mais sofisticados de intervenção solucionarão o problema da dependência de todas as drogas. O equivalente do mundo paradisíaco relatado por Archie ao voltar do futuro; um mundo sem drogas, sem transgressões, sem ambivalências, sem a presença, mesmo que simbólica, do mal. Um retorno ao Éden do qual fomos tirados por sermos o que somos, humanos.

No conto de Asimov, o narrador que, no início, se coloca como inferior em importância aos Temporalistas, não se conforma com o mundo do futuro descrito pelo obsoleto robô. Havia algo de estranho em tudo o que fora relatado. Como a população fora reduzida de forma tão brutal? Por que não existiam mais cidades? Por que o velho robô não vira crianças, apesar do crescimento da população na colonização da lua, de Marte e de outros astros? Por que as informações sobre os duzentos anos que os separavam não foram fornecidas? Mais estranho ainda; como sabiam da chegada de um robô vindo do passado? Como poderia o futuro ser tão desprovido da humanidade que ele conhecia?

Diante de tantas dúvidas, voltou a questionar Archie, pois, apesar da sua condição inferior em relação aos cientistas, o narrador sabia que entendia mais de robôs que os aristocratas da física. Percebeu, então, que aquele mundo paradisíaco não poderia ser humano, não na forma humana que ele conhecia. Seria habitado por uma espécie orgânica nova?

Então, em um desfecho genial, Asimov nos revela a natureza cibernética e tecnologicamente avançada do narrador, ele próprio um robô que, diante dos relatos de RG-32, percebeu ser o primeiro da espécie que dominaria o futuro e entendeu que deveria deixar um aviso para que Archie fosse tratado sem hostilidades na sua viagem e que lhe fossem negadas as revelações do destino da Humanidade, para que não houvesse intervenção

dos Temporalistas. Assim, a possibilidade de um paraíso na terra traria um mundo dominado por uma nova espécie, semelhante, na forma, ao homem, mas de uma natureza diversa.

O conto de Asimov não só estabelece um limite à nossa felicidade como espécie, mas nos faz refletir sobre o que nos torna humanos e as incertezas do que nos define como tal. É possível que, no futuro, a Psiquiatria possa eliminar o uso da droga como um problema, como uma doença, como a medicina atual eliminou a varíola, mas, nesse futuro, provavelmente já não existirão psiquiatras ou psiquiatria, pois, em tal espécie, objeto de sofisticados aparatos técnicos e de um controle tão profundo da sua natureza, não será fácil identificar a humanidade que conhecemos. Seremos algo distinto do que somos. Uma nova entidade orgânica, para o bem ou para o mal.

## REFERENCIAS

ASSIMOV, Isaac. **Robot visions**. Nova York: Arocbook, 1990.

HIGGINS, E. S; R. GEORGE, M. S. **The neuroscience of clinical psychiatry: the pathophysiology of behavior and mental illness**. Filadelfia: Lippinlott Willian; Wilkins, 2007.

PARTE III

# PSICOATIVOS: USOS E USUÁRIOS





# INTRODUÇÃO

*Maria Eugenia Nuñez*<sup>89</sup>

*Marlize Rêgo*<sup>90</sup>

O Curso de Pós-Graduação – Especialização *Latu Sensu* “Psicoativos: seus usos e usuários” organizado pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD/UFBA) é consequência de uma longa trajetória, de um percurso clínico e institucional que foi se sedimentando ao longo do tempo. Entendemos a Especialização como aprofundamento e ampliação e não como fragmentação do objeto de conhecimento, já que o curso parte de um saber transversal e interdisciplinar sobre o fenômeno complexo das toxicomanias que se desloca e toma proporções diferentes ao longo do tempo.

O CETAD foi criado em 1985 como um serviço de extensão permanente do Departamento de Anatomia Patológica e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da UFBA pelo Professor Antonio Nery Filho e, há mais de duas décadas, tem acumulado experiências e conhecimentos através do diálogo entre saberes interdisciplinares e a construção de práticas inovadoras.

---

<sup>89</sup> Psicóloga. Psicanalista. Mestre em Saúde Mental pela UNER – Argentina. Coordenadora Técnica e Pedagógica da Pós-Graduação – Especialização *Latu Sensu* “Psicoativos: seus usos e usuários, CETAD/UFBA.

<sup>90</sup> Psicóloga. Psicanalista. Mestranda em Filosofia – UFBA. Membro da Equipe Pedagógica da Pós-Graduação – Especialização *Latu Sensu* “Psicoativos: seus usos e usuários” – CETAD/UFBA.

Desde então, vem atuando em parceria com outras instituições representativas da sociedade na promoção de ações que contemplem a atenção integral aos usuários de substâncias psicoativas (SPAS) e seus familiares seja no tratamento clínico, na prevenção e redução de riscos e danos, no estudo, no ensino e na pesquisa, constituindo-se em um centro de referência e excelência nesta área no Brasil.

A grande marca deste centro sempre foi a irreverência, a inovação, a posição crítica e reflexiva em relação ao fenômeno das toxicomanias e às práticas propostas pelos poderes públicos e pelos diversos centros de atendimento que se propõem a dar tratamento a esta questão.

A complexidade e a transversalidade do fenômeno exigem de nós um olhar transdisciplinar que nos afasta do reducionismo proposto pelo senso comum e estimulado pelos poderes midiáticos. Sabemos que a luta contra as drogas é uma luta inglória e nos afastamos da visão repressiva que tem como foco o produto em detrimento do indivíduo, que busca nas drogas um ponto de ancoragem para a sua existência. O fenômeno das toxicomanias é amplo e incide sobre dimensões políticas, éticas, legais, econômicas, sociais, culturais, psicológicas e biológicas, dentre outras.

Foi baseado na leitura transdisciplinar do fenômeno que, em 2009, o CETAD/UFBA realizou o primeiro Curso de Pós-Graduação – Especialização *Latu Sensu*, na Bahia, dirigido a profissionais de nível superior da rede pública do Estado, envolvidos, direta ou indiretamente, com questões relacionadas à atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. A proposta inicial era oferecer não só um curso teórico de primeira qualidade no campo das toxicomanias, mas desenvolver nos seus participantes uma atitude crítica e transformadora e possibilitar a reflexão e o reposicionamento das próprias práticas de intervenção.

O curso se fundamentou na diversidade da formação acadêmica dos participantes (psicólogos, médicos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, odontologistas, educadores físicos, entre outros), com o intuito de fornecer uma visão ampla da magnitude e complexidade dos problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas no mundo contemporâneo, suas múltiplas facetas, bem como as diversas ações requeridas na atenção integral, preparando os participantes para o atendimento em rede.

Também ofereceu uma metodologia pedagógica avançada, com a possibilidade de permanente confronto teoria-prática que consiste em, ao final de cada disciplina, um acompanhamento processual denominado “Orientação Pedagógica”, baseado na Didática Operativa Grupal. Essa prática pedagógica e metodológica contempla a permanente interligação entre as dimensões do saber com o objetivo de promover, prioritariamente, a formação (desenvolvimento permanente de uma atitude crítica e reflexiva) e a capacitação (aquisição de conhecimentos, informações, habilidades, técnicas e tecnologias).

Não foi um processo simples. Acompanhamos cada participante nas disciplinas, nas produções de trabalhos mensais e, sobretudo, nas discussões de orientação pedagógica. Presenciamos a desconstrução de saberes cristalizados e a construção de questionamentos que abriram portas para novos fazeres.

Consideramos impossível avaliar quantitativamente o avanço que presenciamos neste processo que durou quinze meses. A produção escrita foi apenas um indício do quanto produzimos. Infelizmente, não pudemos publicar todos os trabalhos, por conta da limitação de espaço. Escolhemos alguns artigos que representam, em parte, a produção do grupo.

Nosso muito obrigado a todos que colaboraram, direta ou indiretamente, para o bom andamento do nosso curso, principalmente aos nossos queridos participantes.

## “DINHEIRO NA MÃO É VENDAVAL”: FISSURA, DINHEIRO E TOXICOMANIA<sup>91</sup>

*Luiz Felipe C. Monteiro*<sup>92</sup>

“Dinheiro na mão é vendaval”. Esse verso de Paulinho da Viola, embalado na cadência do seu samba, ecoa em muitas das vozes que se ouve em uma sala de atendimento psicológico onde se recebe usuários de substâncias psicoativas. “– Não posso pegar em dinheiro que me dá vontade de usar”; “– Quando pego em dinheiro gasto tudo com droga”; “– Meu salário vai todo embora logo que recebo”. São frases comuns entre pacientes que procuram um serviço de saúde especializado em busca de um tratamento para o uso abusivo de substâncias psicoativas.

A expressão “vendaval” não é aqui vã; o relato feito por muitos pacientes, no contexto do atendimento psicológico em um serviço de saúde público, retrata um fenômeno recorrente entre usuários de drogas. O termo “vendaval” é, aqui, colocado como metáfora de um uso compulsivo da droga, interrompido apenas quando o dinheiro acaba. Tem-se, portanto, o dinheiro como um elemento do universo psíquico do usuário que, ao

---

<sup>91</sup> Trabalho de conclusão de curso de especialização “Psicoativos: seus usos e usuários” do CETAD/UFBA - Salvador 2009. Orientadora: Alba Riva Brito de Almeida.

<sup>92</sup> Psicólogo. Psicanalista. Especialista em Atenção Integral ao Uso e aos Usuários de Álcool e outras Drogas - CETAD/UFBA e em Teoria psicoanalítica de orientação lacaniana (EBMSP).

mesmo tempo em que desencadeia uma fissura e o uso compulsivo, é também o que possibilita a interrupção desse mesmo uso abusivo. “– *Quando começo a usar, só paro quando o dinheiro termina*”; “– *Se tivesse mil reais usava todo em droga, se tenho cinquenta gasto tudo também*”, dizem.

A recorrência da associação entre o acesso ao dinheiro e a fissura para o consumo de substâncias psicoativas, no discurso de usuários moderados e graves, instiga questionamentos que busquem compreender quais os determinantes para essa associação se mostrar tão direta e simultânea. A concepção de que a fissura é apenas desencadeada pela abstinência à droga não dá conta da realidade trazida pelas evidências que a clínica das toxicomanias oferece. Muitos pacientes relatam se sentirem bem ao longo do dia, porém, quando têm acesso ao dinheiro, “por alguma razão”, começam a sentir uma vontade extrema de uso da droga; nesse momento, é comum a constatação de uma ansiedade elevada, sudorese, cólicas estomacais, sinais que evidenciam, no corpo, a falta da droga.

Desde a perspectiva sustentada por Olievenstein (1983) acerca do fenômeno do uso de substâncias psicoativas, parte-se do pressuposto de que há fatores relacionados à toxicidade das substâncias, fatores socioculturais, bem como aspectos psicológicos do sujeito em uso. Nessa vertente, a íntima relação entre o dinheiro e a droga é uma abordagem que convoca um olhar que vai além da potência da substância. Existem aspectos psicológicos envolvidos no par dinheiro-droga que, uma vez estudados, permitem uma leitura mais complexa sobre o fenômeno e a dinâmica do consumo de drogas entre usuários de psicoativos.

Este artigo se destina a analisar a íntima relação entre acesso ao dinheiro e fissura pela droga entre usuários e a maneira pela qual essa problemática acerca do dinheiro pode ser utilizada em uma reflexão sobre a direção do tratamento no

contexto da assistência à saúde da população usuária de substâncias psicoativas. Com isso, propõe-se refletir acerca das estratégias clínicas sensíveis ao tema dinheiro-toxicomania, no tratamento de usuários de substâncias psicoativas.

### **“Dinheiro é um pedaço de papel”**

Essa é uma frase comumente enunciada por aqueles que, ao fazerem críticas ao capitalismo, atestam a dimensão mais concreta daquilo que denominamos dinheiro. Exatamente por não ser apenas um pedaço de papel, o dinheiro tem, em nossa sociedade, um estatuto especial: é um objeto através do qual a máquina da economia faz girar as engrenagens que afetam e implicam a vida de todos.

Compreender as vicissitudes envolvidas no manejo do dinheiro por usuários toxicômanos, especialmente em sua relação entre o acesso ao dinheiro e a fissura, não pode deixar de lançar mão sobre os aspectos teóricos que, historicamente, definiram a função não só do dinheiro na nossa sociedade, como também da noção de valor monetário e do próprio capital. Nesse sentido, recorremos a *O Capital*, livro em que Marx (1998) elucida as bases filosóficas e políticas da lógica implicada no modo de produção capitalista.

O primeiro passo nessa compreensão é entender que o modo de produção capitalista é alicerçado em uma lógica de funcionamento simbólica na qual elementos primordiais como mercadoria, valor, dinheiro e mais-valia ocupam funções e modos de interação específicos. Marx interpreta o funcionamento do capitalismo a partir desses elementos e propõe modos específicos de circulação e interação entre eles. Góes expõe claramente o capital em termos de sua função simbólica: “uma função de agregar valor” (2008, p. 105).

O valor é, para Marx, um conceito-chave através do qual ele articula as noções de mercadoria e dinheiro e, posteriormente, de mais-valia. A mercadoria é tida como “um objeto externo, uma coisa que, por suas propriedades, satisfaz necessidades humanas, seja qual for a natureza, a origem delas, provenha do estômago ou da fantasia”. O valor relativo a uma determinada mercadoria é compreendido pelo autor por meio de duas categorias: valor de uso e valor de troca. O valor de uso é determinado pela utilidade que uma mercadoria tem para alguém e sua noção está, necessariamente, implicada com o ato do consumo, entendido aqui como o usufruto possibilitado por uma mercadoria. Contudo, o valor de uma mercadoria na sociedade capitalista só ganha sua forma final quando associado ao valor de troca, uma medida que, notoriamente, assume a forma-dinheiro para expressar a equivalência entre diferentes valores de uso associados a mercadorias diversas. É, portanto, uma medida determinada não pela mercadoria em si, mas pelas proporções dos usos dessas mercadorias, na circulação de trocas do mercado. “Por isso, o valor de troca parece casual e puramente relativo, e, portanto, uma contradição em termos, um valor de troca inerente, imanente à mercadoria” (1998, p. 57; 58).

Apesar dessa caracterização do valor em termos de valor de uso e valor de troca, há, ainda, um dado importante posto por Marx. Como poder auferir e medir, de modo preciso, o valor de uma mercadoria, uma vez que os usos têm maior ou menor importância, de acordo com o local, a época, as circunstâncias socioculturais? A esse questionamento, responde compreendendo a mercadoria em termos de “produto do trabalho” (1998, p. 56) e, como resultante do trabalho, o valor da mercadoria passa a ser medido em termos do tempo socialmente necessário para produzir um valor de uso específico.



Tendo por base os conceitos de Marx cuja referência traz subsídios teóricos importantes para discutir a droga e o seu consumo, em termos de mercadoria, em seu valor de uso e valor de troca, se tomarmos a droga como um produto da cultura que, de um modo plural, satisfaz algum tipo de necessidade humana, ao longo da história da humanidade, pode-se considerá-la, então, como uma mercadoria. Não obstante, “a lei do valor de Marx não se aplica a este produto devido às condições de troca, que são influenciadas diretamente por sua escassez e proibição”, afirma Fernandez (2007, p. 31). Porém, considerar a droga como uma mercadoria é importante para destacar a condicionalidade desse atributo – a droga enquanto um objeto da cultura que faz parte da circulação de bens no mercado do capital pela conjugação entre o seu valor de uso e valor de troca –, ou seja, a droga e seu consumo entendidos como fazendo parte de um sistema simbólico de trocas de valores.

A droga do toxicômano não necessariamente se enquadra nesse sistema simbólico de trocas no qual o valor de uso e valor de troca podem ser medidos pelo trabalho despendido e pela forma do valor em dinheiro. A especificidade do uso toxicômano da droga está exatamente no rompimento da articulação simbólica entre as categorias trabalhadas até aqui: a noção de mercadoria, valor e, por conseguinte, a noção de dinheiro. Já o dinheiro, este está inserido nesse sistema simbólico do modo de produção capitalista como mais um elemento articulado à mercadoria, ao trabalho e ao valor, especialmente. É um modo de expressar valor em termos materiais, posto ter uma forma-moeda<sup>93</sup>, e em termos numéricos, posto ser mensurável em números.

---

<sup>93</sup> Forma-moeda, aqui entendido como a representação concreta do dinheiro, que varia desde as moedas de ouro, prata ou níquel, até o papel-moeda das notas de Real ou Dólar.

Como afirma Marx, “o dinheiro, como medida de valor, é a forma necessária de se manifestar a medida imanente do valor das mercadorias, o tempo de trabalho” (1998, p. 121). Contudo, como enfatizado por Bjerg, “*money takes on a different character depending on the form of circulation in which the Money (M) and the commodity (C) enter*” (2009, p. 50)<sup>94</sup>.

Marx (1998) compreende a existência de dois modos de interação entre mercadoria (M) e dinheiro (D), os dois elementos destacados em letras exatamente para tornar claro o caráter simbólico implicado nas suas relações, como veremos a seguir. Os dois modos de interação entre mercadoria e dinheiro são duas fórmulas simbólicas desenvolvidas por Marx para a compreensão do funcionamento do capitalismo.

O modo de circulação de mercadorias e dinheiro mais imediato possui a seguinte fórmula: M-D-M<sup>95</sup>. Alguém possui alguma mercadoria (M) que, quando vendida no mercado recebe um valor específico (simbolizado na quantia de dinheiro), e esse dinheiro (D), por sua vez, é utilizado para comprar alguma outra mercadoria de interesse (M'). O dinheiro entra aqui como um elemento simbólico cuja função é mediar a troca de uma mercadoria por qualquer outra. Uma vez feita a troca da mercadoria por dinheiro, pode-se trocá-lo por qualquer outra coisa, pois, não há nenhum aspecto no dinheiro em si que condicione a sua troca por outra mercadoria específica; como destacado por Marx (1998), o dinheiro é o “equivalente universal”.

O outro modo de circulação de mercadorias e dinheiro é, propriamente, a síntese da manobra simbólica envolvida na função do capital – a função de agregar valor. Trata-se da se-

---

<sup>94</sup> “Dinheiro toma diferentes características dependendo da forma de circulação na qual o dinheiro (D) e a mercadoria (M) entram” (Tradução nossa).

<sup>95</sup> Mercadoria-Dinheiro-Mercadoria.

guinte fórmula D-M-D<sup>96</sup>, onde alguém possui certa quantidade de dinheiro (D) (por exemplo, X Reais), troca este dinheiro por alguma mercadoria (M) e, em seguida, troca esta mesma mercadoria por um valor superior ao que pagou (D) (X Reais + 1, por exemplo). Esse um a mais, realizado na troca da mercadoria é o índice do lucro do capitalista – “comprar em baixa e vender na alta” – dizem os acionistas sobre suas ações.

*Hidden in the circulation of capital lies a certain premise, which Marx deserves credit for having revealed. Capital's production of surplus-value is possible only under the condition that we find on the market a commodity whose use-value is to generate value. This commodity is of course labour<sup>97</sup>. (BJERG, 2009, p. 50).*

Nessa citação, Bjerg aponta para o conceito de mais-valia bem como para a perspicácia de Marx em considerar o próprio trabalho como uma mercadoria à venda no mercado. Nesse cenário codificado por Marx, há a figura do capitalista, que detém o dinheiro para comprar a mão-de-obra do proletário; e o lucro do capitalista, delimitado no conceito de mais-valia, que está na diferença para mais que o capitalista ganha quando vende o produto do trabalho do proletário no mercado, que se refere, portanto, a uma quantidade de tempo de trabalho feito pelo proletário que não será remunerado. Esse *quantum* de tempo não remunerado ao trabalhador é, exatamente, o lucro que o capitalista embolsa na sua produção – a mais-valia.

<sup>96</sup> Dinheiro-Mercadoria-Dinheiro.

<sup>97</sup> “Escondido na circulação do capital está uma certa premissa que Marx merece o crédito por ter revelado. A produção de mais-valia do capital é possível apenas na condição de encontrarmos no mercado uma mercadoria cujo valor de uso é de gerar valor. Essa mercadoria é obviamente o trabalho.” (Tradução nossa).

Como se percebe, a distinção entre os dois modos de circulação de mercadorias permite compreender como eles interagem na lógica do capitalismo: um proletário vende sua força de trabalho (a mercadoria-trabalho) para o capitalista que, com isso, obtém o seu lucro (mais-valia); assim, o dinheiro em circulação na economia surge da remuneração do proletário por seu trabalho (o salário) que é utilizada pelo trabalhador para trocar por outras mercadorias de seu desejo fazendo, assim, girar as engrenagens da economia.

A ilustração desse proletário hipotético é útil para o entendimento sobre o lugar do dinheiro na lógica simbólica de trocas do capital, dinheiro que, como suporte material na representação de valor, não surge do nada; é, necessariamente, consequência do valor agregado ao trabalho, à produção do sujeito. A rigor, a existência do dinheiro como representante de valor está condicionada, necessariamente, à troca da produção do sujeito por uma determinada remuneração.

O dinheiro, portanto, não é apenas um pedaço de papel, é símbolo do trabalho feito por alguém, trabalho que, em sua medida, é indissociável de uma subjetividade, haja vista estar em jogo as escolhas, os desejos, os anseios, as culpas, o esforço, as dificuldades relativas a um sujeito em particular. O valor simbólico conferido por alguém ao dinheiro que recebe é condicionado pelo valor simbólico que esse mesmo alguém confere ao seu trabalho, à sua produção no mundo.

### Fissura e o mais-além da droga do toxicômano

Se há um fenômeno paradigmático para a compreensão da especificidade do uso toxicômano de substâncias psicoativas, certamente pode-se identificá-lo na experiência da “fissu-

ra” – termo utilizado, frequentemente, por usuários para designar uma vontade imperativa para o uso da droga.

“Bateu uma fissura”, é uma frase comum entre usuários assistidos em uma instituição de atendimento a essa população. Ainda que, aparentemente, seja uma frase pobre, ela revela algo da experiência vivida pelo sujeito. A fissura remete a um impacto: diante da sua presença, a subjetividade é abatida, quase que atropelada. De que natureza é esse impacto? Por que razão falar de uma subjetividade abatida? A guisa de exemplo, precisaremos uma particularidade da fissura com o uso do crack.

Na minha experiência de atendimento a usuários de substâncias psicoativas em uma instituição pública de atendimento ambulatorial, o relato sobre a presença da fissura está muito frequentemente associado ao uso específico do crack. Apesar de o foco deste artigo não ser a relação entre a fissura e o uso do crack, cabe dizer que essa associação não está mediada apenas pela potência dessa droga e pela sua capacidade de afetar o corpo instantaneamente e causar uma dependência com poucas exposições ao uso. Há um componente relativo ao imaginário social sobre os efeitos do crack que influencia diretamente nos efeitos concretos extremamente nocivos relacionados ao seu uso, tal como no caso de outras substâncias como a maconha, o álcool e a cocaína que, historicamente, adquiriram significações sociais que regulavam socialmente o seu uso, associadas à liberdade, exaltação, descontração, etc.

No caso do crack, o imaginário social relacionado aos seus efeitos tem significações reduzidas à criminalidade ou, propriamente, à morte, significações que apontam para uma desinserção do laço social<sup>98</sup> e que funcionam, para a sociedade e para o

---

<sup>98</sup> As campanhas publicitárias vistas recentemente no Estado da Bahia ratificam esse imaginário social sobre o crack. Em uma delas, pode-se ler, em grandes outdoors espalhados pela cidade de Salvador: “Crack: cadeia ou caixão”. Em outra campanha do próprio governo do Estado da Bahia, o cra-

usuário, como profecias que se realizam por si próprias. Assim, quanto mais associado ao crime e à morte, maior a probabilidade de se interpretar os efeitos da droga nesse mesmo plano, o que tem consequências para a questão da fissura, pois, quanto menos recursos simbólicos o usuário dispõe na intermediação do uso da substância, mais vulnerável ele estará para lidar com as consequências deste uso, inclusive com a fissura. Esse adendo relativo à relação da fissura com o crack contribui para a compreensão do fenômeno em seu espectro mais amplo.

No campo multidisciplinar da clínica das toxicomanias, composto pelas contribuições da Psiquiatria, Psicologia, Psicanálise, Sociologia, Antropologia e Neurociências, há uma predominância da concepção da fissura associada à falta da droga (ARAUJO et al., 2008). Nesse argumento, segue-se, a hipótese de que, por se tratar de um usuário intenso de alguma droga, a falta da droga seria suficiente para desencadear uma vontade imperiosa para o uso, designada pelo termo fissura, como destacado por Martins: “Seguindo a vertente fenomenológica, na qual se insere a Psiquiatria, a fissura é associada à manifestação de sintomas ansiosos que ocorrem em momentos de abstinência, impelindo o sujeito ao uso de uma determinada substância” (2006, p. 93).

Ainda que, na prática clínica de atendimento a usuários de drogas, se verifique, com frequência, a fissura decorrente da interrupção do uso da droga, existem outras situações onde a irrupção da fissura não está atrelada à abstinência momentânea da droga. São experiências em que, mesmo após um tempo considerável sem uso da droga, tendo a sua vida social, afetiva e laboral restabelecidas, o sujeito é abatido, tomado por uma vontade visceral e imediata para o uso da droga eletiva.

---

ck é explicitamente associado como causa de 80% dos homicídios cometidos no mesmo Estado.

Esses são casos nos quais é possível introduzir outras variáveis, além da falta da droga, para a compreensão sobre o fenômeno da fissura. A própria Organização Mundial de Saúde (OMS) ao definir a noção de fissura ou *craving*<sup>99</sup> deixa entrever a existência de outros fatores na compreensão sobre o fenômeno:

Um desejo de repetir a experiência dos efeitos de uma dada substância. Este desejo pode ocorrer tanto na fase de consumo quanto no início da abstinência, ou após um longo tempo sem utilizar a droga, costumando vir acompanhado de alterações no humor, no comportamento e no pensamento (ARAUJO et al., 2008, p. 58).

Isso posto, pode-se interrogar: o que está em jogo nas situações em que o sujeito, mesmo sem consumo da substância, se vê tomado por um desejo intenso e imediato do uso da droga?

Apesar de o desejo intenso pela droga ser o aspecto mais prevalente nas descrições da fissura, há outro aspecto relevante, especialmente nos casos onde se passou um longo tempo em abstinência. Trata-se exatamente do impacto sofrido pelo sujeito que, diante da fissura, se vê abatido pela vontade; refere-se, portanto, ao aspecto de ruptura, quando o sujeito se vê atropelado porque “bateu uma fissura”. É importante notar que os verbos utilizados na descrição da ação da fissura sobre o usuário o coloca sempre como passivo diante de sua vontade. Na fissura, o sujeito não responde por seus atos, é atravessado pelo ato de drogar-se.

Aqui vale lembrar os relatos de nossos pacientes que quando tomados pela fissura,

---

<sup>99</sup> Termo de origem inglesa utilizado nas publicações internacionais relativo à fissura.

parecem perder o controle dos seus atos. São cenas como essas que nos são relatadas, ‘eu estava em casa e de repente quando dei por mim, estava no morro cheirando’. Tais situações justificadas pelo imperativo da fissura que acomete o corpo. Em um dado momento uma fenda se abre e o sujeito se apaga; não toma conhecimento de suas próprias escolhas. (MARTINS, 2006, p. 94).

Afirmar que a experiência de fissura, para além da falta da droga, é também associada a uma solução de ruptura – haja vista ser tomado pela vontade imperativa –, ainda que inaugure uma perspectiva sobre o tema, não é suficiente para compreender as determinações subjetivas implicadas no fenômeno. Quando se situa a fissura em termos de ruptura, trata-se de ruptura em relação a quê? O que há na relação do usuário toxicodependente com a droga que implique essa noção de ruptura? Para esboçar respostas a tais questões, um importante instrumento conceitual da Psicanálise denota, nesse contexto de discussão sobre a fissura, uma particular adequação; trata-se da noção de angústia, trabalhada em diferentes momentos tanto por Sigmund Freud como por Jacques Lacan.

Conforme Chemama (1995, p. 14), “a angústia foi referida por Freud, em seus primeiros escritos teóricos, como causa dos distúrbios neuróticos”. Naquele momento da teoria psicanalítica, a angústia era concebida como um acúmulo de tensão psíquica (desprazer) que não encontrando um meio de ser escoada se converte em sintomas neuróticos de cunho histérico, obsessivo ou fóbico. Freud concebia o funcionamento do aparelho psíquico em termos de acúmulo e descarga de tensão psíquica. O acúmulo de tensão corresponde à situação de desprazer (angústia) e a descarga da tensão corresponde à sensação de prazer (satisfação).



Em seu texto “Inibições, sintomas e angústia”, Freud (1925/1969) destaca duas características em relação à angústia: aquela relativa a um estado de expectativa por algo e a outra relativa a uma “indeterminação e falta de objeto”. A premissa básica está na ideia de que a angústia é efeito da perda ou da separação de um objeto de satisfação. Diante da falta em relação ao objeto de satisfação, há um acúmulo de tensão e conseqüentemente, desprazer – angústia. A noção de desamparo como separação de um objeto de satisfação, aqui, é essencial, pois é diante do desamparo que sobrevêm a angústia. Freud (1925/1996) preconiza a noção de desamparo como trauma, associando-o às experiências, desde o trauma do nascimento ao trauma da castração, experiências que apontam para um aspecto de ruptura.

Jacques Lacan, por sua vez, dedica um Seminário à noção de angústia, configurando uma nova perspectiva sobre o tema. Como afirma Chemama (1995, p. 14): “se, para Freud, a angústia é causada por uma falta de objeto, por uma separação da mãe ou do falo, para Lacan a angústia não está ligada a uma falta objetal”. Lacan introduz a noção de Outro<sup>100</sup> como a ordem simbólica possibilitada pela linguagem que situa o sujeito em um laço social; ou seja, através do Outro, o sujeito se localiza e se posiciona na comunidade simbólica dos homens. Com isso, a angústia passa a ser concebida em termos de uma indeterminação, não mais em relação à perda do objeto de satisfação, mas em termos de uma indefinição quanto ao lugar que o sujeito ocupa no Outro. Como efeito dessa indeterminação do lugar no campo do Outro, o sujeito se posiciona de tal modo que o Outro fica extremamente inflado. Na angústia, a indeterminação se traduz com uma presença maciça do Outro.

<sup>100</sup> Conforme Vieira (2008, p. 29): “Outro, com o maiúsculo, é um conceito polivalente no ensino de Lacan, o que é uma das maiores vantagens. Traduz diversas formas de alteridade e pode representar alguém de carne e osso – a mãe, por exemplo –, o parceiro amoroso ou sexual e, inclusive, a própria cultura”.

No caso da toxicomania, a angústia, como presença maquiça, se verifica no sujeito confrontado com a demanda imperativa do Outro (comumente verificado na figura materna) e na suposição de que pode responder a essa demanda de modo irrestrito. Trata-se, em Psicanálise, da posição de falo, na qual o sujeito se coloca diante do Outro que demanda uma supressão de sua falta. Supor ser o falo que tampona a falta do Outro é uma posição extremamente delicada, pois aí o sujeito quase fica sem saída para se arranjar de outro modo. Ser falo do Outro é colocar-se como um prolongamento do Outro e é em termos de prolongamento que Lacan situa a droga como uma solução de ruptura diante da angústia.

No *Seminário X, A angústia*, Lacan (2005) toma como paradigma de análise o caso do Pequeno Hans, um garoto de cinco anos que se vê tomado de medo por cavalos. O argumento princeps concebe a fobia localizada na figura concreta do cavalo como um modo de dissolver a angústia de se pensar falo da mãe. O que Lacan destaca é que a posição subjetiva de prolongamento da mãe é correlata à experiência de excitação de seu pênis como também um prolongamento onde se verifica um gozo que até então é enigmático.

Destaca-se aí a dimensão da constituição do sujeito e a localização da angústia no momento em que a criança se vê embaraçada com a irrupção de um gozo do corpo, do pênis (que poderá se prestar a uma equivalência fállica) que desperta e o atormenta. Mas o atormenta porque a criança se pensa incondicionalmente prolongamento deste e do campo do Outro, não havendo separação, distância entre sujeito e objeto. A criança portanto concebe a sua existência inextricavelmente enlaçada a um Outro demandante e a um objeto promovedor de gozo. (MIRANDA, 2010b, p. 2).

Diante dessa posição de prolongamento são destacadas duas soluções frente à angústia, soluções que derivam do fato de o sujeito não ficar totalmente paralisado no lugar de objeto de satisfação do Outro, como faz o perverso. As soluções subjetivas são, portanto, a solução fóbica, encontrada pelo pequeno Hans ao localizar na figura do cavalo um representante imaginário à sua fobia, que permite uma separação com a posição de falo do Outro; e a solução via o recurso à droga que, por outro lado, não conta com um representante imaginário ou simbólico, como na fobia e na histeria/obsessão, para realizar essa separação com o Outro demandante. Configura-se como um recurso pela via da introdução de uma substância no corpo.

Se há alguma coisa nas Cinco Psicanálises que é para nos mostrar a relação da angústia com a descoberta do pequeno pipi [...] é porque eu falo de casamento que eu falo disso; tudo o que permite escapar a esse casamento é evidentemente bem vindo, de onde o êxito da droga, por exemplo; não há nenhuma outra definição da droga que esta; é o que permite romper o casamento com o pequeno-pipi. (LACAN<sup>101</sup>, 1975, s/n, apud MIRANDA, 2010a, p. 2).

A dimensão da perda, da falta, da castração ainda está presente, porém, em termos do lugar simbólico que o sujeito ocupa no Outro. Fala-se de um atravessamento e suspensão do sujeito, pois a indeterminação simbólica no campo Outro é vivida como um impacto<sup>102</sup>. De modo paradoxal, a consequência dessa indeterminação é a certeza de ser tomado por algo que

---

<sup>101</sup> LACAN, Jacques. **Seção de Encerramento da Jornada de Estudos dos Cartéis da Escola Freudiana**, 1975. Texto mimeografado.

<sup>102</sup> Aqui, refiro-me à angústia vivida pelo sujeito no plano da sua vida corrente, por exemplo, diante do acesso ao dinheiro.

não se sabe bem o que é; é a sensação de ser abatido por algo que nunca é bem preciso ou consistente.

Conforme Lacan (2005), a angústia é da ordem do que não engana, do que está fora da dúvida; portanto, falar de angústia é falar de uma certeza, uma certeza de estar diante de algo que não se compreende, mas que abate o sujeito. Miranda (2010a) ressalta os aspectos verificados da droga como solução de ruptura frente ao Outro, uma resposta marcada pela certeza do ato de drogar-se:

Ao romper com o Outro, o toxicômano vai buscar o seu objeto de satisfação na cena do mundo, conferindo à droga o valor de objetos de intercâmbio, cotáveis. Na medida em que acredita existir no mundo um objeto que se presta bem a atender a sua necessidade, a droga ganha estatuto de objeto da necessidade a mais imperiosa, do qual ele obtém uma satisfação, sendo uma exigência de satisfação tão forte que pensa que não pode renunciar. A droga vira o seu prolongamento, acredita ser isso que o causa e acredita também não depender do consentimento do Outro. 'Como nos diz Lacan', esta saída de cena, esta partida errante para o mundo puro', permite 'introduzir a relação essencial da angústia à ação como tal', pois 'é justamente talvez da angústia que a ação toma emprestada a sua certeza'. (MIRANDA, 2010a, p. 4).

Não é sem razão que as descrições sobre a angústia aos poucos se aproximam do que se observa na fissura, especialmente em relação à ideia de ruptura e do imperativo verificada nestas experiências. Há um ganho teórico e clínico ao aproximar as noções de angústia e fissura, pois, através desta última, se dispõe de outros recursos conceituais não só para interpretar o fenômeno da fissura como também para atuar clinicamente nos casos.

Primeiramente, há um ganho conceitual ao ler a fissura para além da abstinência da droga, situando-a prioritariamente em uma causalidade orgânica. Quando introduzimos, através da noção de angústia, a dimensão do Outro na compreensão sobre o fenômeno da fissura, tem-se respaldo para responder à pergunta feita anteriormente: Quando se situa a fissura em termos de ruptura, trata-se de ruptura em relação a quê?

Saber que a ruptura com o campo do Outro tem consequências e que estas consequências têm uma intimidade com a experiência da fissura permite concluir: para o usuário toxicômano, na fissura, há a presença de uma ruptura com o campo do Outro, fissura aqui como manifestação da angústia diante de algum evento, como, por exemplo, o acesso ao dinheiro. Aqui, a fissura deixa de ser apenas efeito de uma causa orgânica para se situar como uma resposta diante da indeterminação subjetiva frente ao Outro. Se há Outro com o qual se rompe, há sujeito nessa operação, se há sujeito, há uma história, um rosto, uma fala. Em outras palavras, este argumento sustenta que a fissura é um fenômeno que tem implicações subjetivas<sup>103</sup>.

Percebe-se, no atendimento de pessoas que se encontram nessas condições existenciais, que, diante de alguma situação que o convoque a responder como sujeito ao Outro, falha o recurso simbólico de responder em uma articulação discursiva. Sobrevém, portanto, a face da angústia discutida anteriormente. Como o recurso simbólico falha, há, nesse instante, uma ruptura nesse laço social já fragilizado – a angústia. De que modo responde, então, o sujeito? Primeiramente, no ato de usar drogas e conseqüentemente, na nomeação que justifica sua existência unicamente pela via da droga: “Sou toxicômano”; “Sou dependente químico”. Porém, antes do uso propria-

---

<sup>103</sup> É importante destacar que essa implicação subjetiva só pode ser lida na singularidade de cada caso.

mente, há uma experiência vivida no corpo do sujeito – é a fissura que, em sua voracidade, se faz sentir em dores estomacais, ansiedade intensa, suor frio, taquicardia. A resposta ao Outro é, aí, um silêncio, onde o que fala é a vontade visceral para o uso, calando a voz do sujeito. “É quando bate a fissura”.

A estreita relação entre a compulsão à repetição no uso toxicômano com a angústia conotada na experiência da fissura é destacada por Bjerg, especialmente ao se referir ao saber do usuário (2008, p. 11):

*The craving drug user's relation to himself is not mediated by meaning. His Being is instead exclusively dictated by his condition as a physical body and this condition announces itself with such all-encompassing, immediate and compelling force that there is no room for meaningful interpretation. There is no room for the subject to transcend himself so to speak [...] The craving drug user knows precisely what he really needs. He has not derived this knowledge from any social authority and it is not saved in some symbolic medium in his memory. It is a knowledge that gives itself in a real and immediate fashion. 'I want it now,' as the drug user above keeps repeating. [...] Since the drug user's knowledge about his needs is so clinically cleansed from doubt it does not allow for the distance in relation to the object which is the precondition for the subject as such.<sup>104</sup>*

---

<sup>104</sup> “A relação do usuário de drogas em fissura com ele mesmo, não é mediada pelo sentido. Seu Ser é, pelo contrário, exclusivamente ditado por sua condição de um corpo físico e esta condição se anuncia com toda abrangência, imediata e irresistível força que não há espaço para uma interpretação coerente. Não há espaço para o sujeito a transcender-se, por assim dizer. [...] O usuário de drogas em fissura sabe exatamente o que ele realmente necessita. Seu saber não é derivado de qualquer autoridade social e não recluso em algum meio simbólico em sua memória. É um saber que se dá de uma forma real e imediata. ‘Eu quero agora’, como o usuário de drogas acima repete. [...] Uma vez que o saber do usuário de drogas sobre as suas necessidades

Um sujeito inserido e localizado em um laço social pode responder às demandas do Outro e do mal-estar, exatamente por usufruir de um saber<sup>105</sup> transmitido pela cultura, pela tradição, pelos rituais formais e informais do contexto sociocultural onde vive. Evidentemente, suas respostas e soluções aos impasses perpassam um duplo movimento de alienação e separação em relação ao saber do Outro (seja o saber da cultura, da escola, da família) e é diante da imitação, do questionamento e mesmo da oposição a este saber que cada um constrói suas respostas. É importante destacar que, invariavelmente, o saber que se transmite e que se constrói é sempre falho, nunca responde por tudo, especialmente nas questões sobre sexo e morte. O duplo movimento de alienação e separação, bem como a falha no saber, dão condições para a dúvida, a invenção, o trabalho do sujeito no mundo.

A solução pela via do ato e da nomeação retorna e é o que define precisamente o usuário toxicômano – “um indivíduo que faz um uso intensivo de drogas e que tem seu discurso reduzido à frase ‘Eu sou toxicômano’” (MIRANDA, 1998, p. 141). Quem ele pensa ser não está definido pelo saber que capturou do Outro, pelo contrário, sua existência é definida e justificada maciçamente em relação ao uso que faz da droga: “Uso droga, logo, sou toxicômano”.

## Dinheiro e toxicomania

Freud ([1917] 2006) inclui o dinheiro como um objeto da série balizada pela castração; um objeto que está incorporado na economia psíquica do sujeito.

---

é tão clinicamente limpo de dúvida, isto não permite a distância em relação ao objeto que é a condição para o sujeito como tal”. (Tradução nossa).

<sup>105</sup> O mesmo saber que diz sobre as regulações simbólicas possíveis entre o sujeito e a droga, na sua vertente de satisfação no corpo.

Nos produtos do inconsciente – idéias espontâneas, fantasias, sintomas – os conceitos de fezes (dinheiro, dádiva), bebê, pênis mal se distinguem um do outro e são facilmente intercambiáveis [...] esses elementos do inconsciente são tratados muitas vezes como se fossem equivalentes e pudessem livremente substituir um ao outro. (FREUD, [1917] 2006, p. 136).

Nesse momento de sua obra, Freud situa o dinheiro atrelado ao circuito pulsional de objetos marcados pela castração ou, em outras palavras, objetos marcados pela condição de falta-a-ser, pela incompletude, pelo par ausência-presença (seio, fezes, pênis, filho).

Em referência à significação das fezes, o dinheiro ganha seu lugar nessa série, pois é metáfora daquilo que um sujeito é capaz de produzir e trocar com o outro, é metáfora da primeira produção do sujeito: as fezes. Com as fezes, as crianças produzem um resto que é interpretado pelo outro e, assim, recebem uma troca, seja elogio, repreensão ou indiferença. (SLEMENSON, 2001). O dinheiro é um objeto do mundo que obedece à mesma lógica, é um efeito da produção no mundo que pode ser trocado por uma variedade de mercadorias. Quando se afirma que o dinheiro compõe a economia psíquica é para ressaltar que o seu uso não está dissociado de uma satisfação pulsional implicada nessa relação com o Outro. Desse modo, o dinheiro se apresenta como sucedâneo simbólico dos objetos do sujeito que implicam uma troca com o campo do Outro. No intercâmbio desses objetos, o sujeito constitui o seu lugar no laço social.

Outra referência do dinheiro na série de objetos marcados pela castração é em relação ao pênis, ao “pequeno-pipi”, tal como utilizado por Lacan em suas citações. Aqui, a relação simbólica entre o dinheiro e o pênis aponta mais claramente para a significação fálica tão cara no entendimento da solução



à angústia na toxicomania. A significação fálica representa a possibilidade que o sujeito tem de se utilizar de insígnias de poder que o destacam em relação aos outros, a possibilidade de utilizar atributos fálicos para se colocar na comunidade dos homens podendo se inserir no laço social. Nas operações de estruturação do sujeito, a passagem de ser o falo do Outro para ter um falo é o que constitui a significação fálica. “Há que pensar o falo não como o órgão que expressa a força vital do meu ser, senão como uma espécie de insígnia, uma máscara que me ponho do mesmo modo que um rei ou um juiz se investe de sua insígnia” (ZIZEK, 2008, p. 43).

Ao retornar às considerações lacanianas sobre a droga, ver-se-á como o falo é um dos pontos centrais na solução que o sujeito utiliza diante da angústia do Outro demandante. Ficar no lugar do falo do Outro, ou seja, da suposição de poder completar a falta do Outro é estar como prolongamento do Outro. Ora, em referência ao caso Hans, verifica-se que a confrontação do sujeito, quando se vê como prolongamento do Outro no lugar de falo, é correlata à confrontação do mesmo com a excitação do pênis. Diante de tais embates, a solução diante da angústia do Outro demandante é a ruptura, seja pela via imaginária (na fobia), seja pela via da droga na (toxicomania)<sup>106</sup>, uma solução que se furta a um ordenamento simbólico. A troca efetuada pelo toxicômano não passa por uma solução simbólica de substituir a angústia por um sintoma ou mesmo de substituir a angústia pela fobia. Na toxicomania propriamente dita, troca-se a angústia de ser falo do Outro, por um pedaço de Real<sup>107</sup> que, no instante do efeito no corpo, separa o sujeito desse Outro demandante. Por isso, conforme Miller, o sujeito não se põe a trabalhar simbolicamente a questão sexual de ocupar

---

<sup>106</sup> A droga como rompimento do casamento com o “pequeno-pipi”.

<sup>107</sup> “Definido como o impossível, o real é aquilo que não pode ser simbolizado totalmente na palavra” (CHEMAMA, 1995, p. 182).

o lugar de falo do Outro: a questão é posta em suspensão. Não há no toxicômano a passagem entre ser o falo do Outro e ter o falo; diante do impasse, a questão fica sem resposta: “não se pode dizer que o recurso à substância tóxica se faz precisamente para impedir o acesso do sujeito ao problema sexual?” (1993, p. 56).

A mesma dificuldade vista na solução toxicômana frente à ordem fálica se verifica no contato do usuário toxicômano frente ao dinheiro. O acesso ao dinheiro implica a ordem das trocas simbólicas, logo, implica a dimensão da falta. O dinheiro aqui é sucedâneo simbólico do falo, por ser uma das principais insígnias de poder que a cultura dispõe<sup>108</sup>. Com dinheiro, o poder de alguém se faz valer, bem como a sua impotência, quando o mesmo dinheiro falta.

Além de estar situado no terreno fálico do par ter/não ter, potência/impotência, o dinheiro, como representante simbólico do valor financeiro, é um significante vazio. Como afirma Lacan (1998, p. 31), “o dinheiro é o significante mais aniquilante de toda significação”, ou seja; quando o dinheiro está inserido em uma economia de troca de mercadorias, tal como o é na economia de mercado capitalista, ele pode significar qualquer coisa. Não há nada no dinheiro em si que o relacione a alguma mercadoria específica. De fato, o dinheiro só tem função na economia de mercado por ser um equivalente universal, tal como apontado por Marx (1998). Isto diz respeito às duas operações simbólicas implicadas no uso do dinheiro: a metáfora, posto que o dinheiro é, por função no mercado, substituível; e a metonímia, posto que o dinheiro pode ser substituído por qualquer mercadoria.

---

<sup>108</sup> Não é sem razão que moedas e cédulas de diversos países são estampadas com imagens e símbolos que remetem às insígnias de poder (político, artístico, ecológico, religioso) de cada nação.

Quando está com dinheiro na mão, o usuário toxicômano<sup>109</sup> está diante, portanto, de dois impasses, um relacionado à dificuldade de sustentar uma significação fálica e outro, relacionado ao vazio de significação, que pede para ser preenchido pela troca seja do trabalho, como antecedente, seja de mercadorias, como consequente.

Como visto anteriormente, a solução do toxicômano diante da angústia do Outro demandante é pela via da droga; assim, põe em suspensão a questão fálica, vacila entre pensar ser o falo do Outro e não suportar esse lugar, servindo-se da intoxicação como modo de romper. Desse modo, qualquer situação que o convoque a se posicionar diante do que deseja será uma situação em que retornará a angústia pelas vestes da fissura. A certeza do uso da droga que o usuário toxicômano tem diante do acesso ao dinheiro é um curto-circuito que evita o tempo de se questionar sobre o que representa aquele valor, seja em relação ao trabalho, seja em relação ao que gostaria de possuir. A falta de resolução quanto à significação fálica impede de se sustentar em outra posição frente ao Outro que não seja na dualidade: ser o falo do Outro e romper com o Outro. Utilizar o dinheiro de modo a sustentar o poder de troca representa a possibilidade de alguém se colocar no laço social para além de uma polaridade frente ao Outro.

Um dos critérios para medir a gravidade do caso que nos chega é avaliar a capacidade que o paciente tem de fazer o dinheiro circular, deslocar-se de um objeto a outro. Se,

---

<sup>109</sup> Quando é referido “o usuário toxicômano”, uma ressalva é importante, pois é evidente que não se trata de uma categoria diagnóstica que possa ser generalizada para os casos em que há um abuso de substâncias psicoativas. A expressão é utilizada como modo de oferecer um mínimo de parâmetro conceitual que permita uma interpretação de uma experiência vivida por muitos usuários que, diante do acesso ao dinheiro, sentem uma fissura para o uso da droga escolhida.

com dinheiro na mão, aquele sujeito tem que fazer uma escolha ou a escolha já está feita. Os casos nos quais o paciente consegue separar parte do dinheiro para pagar contas de luz, água, telefone e usa o restante para se drogar são diferentes daqueles em que ele queima imediatamente todo o seu dinheiro em drogas. (MELO, 2006, p. 119).

Conforme a citação acima, o que se verifica na clínica em relação a usos toxicômanos de droga é que o usuário não estabelece uma relação de troca com o dinheiro. Nesses casos, quando o dinheiro precipita, necessariamente, o uso da droga, ele perde seu valor de troca e, por sua vez, perde seu valor como metáfora da produção do sujeito no mundo e metonímia da vontade para outros objetos. Isto é um ponto muito importante quando se percebe que, em muitos casos, estes usuários não trabalham; e se o fazem, o trabalho não ocupa um lugar de importância e de representação em suas vidas. Cabe perguntar, como, então, têm acesso ao dinheiro?

Dinheiro emprestado, dinheiro dado por alguém, dinheiro roubado, dinheiro na mão depois de um biscate: estas são as diversas origens do dinheiro entre usuários. O acesso ao dinheiro não porta a dimensão de ser a consequência de uma produção no mundo, a noção do dinheiro como consequente do trabalho. O próprio fato de se trocar, compulsivamente, o dinheiro pela droga revela que, mesmo que o sujeito o produza (ao ter um emprego, por exemplo), esta produção não é reconhecida como um valor que o represente socialmente, não é reconhecido como um atributo fálico. Geralmente, nesses casos, o trabalho não é algo que representa uma estima para estes usuários.

Com o dinheiro nas mãos, ele não se divide, não se pergunta sobre o que comprar. A fissura surge como força e a pressa de uma

certeza: dinheiro significa droga e ponto final. O gozo toxicômano não pode ser incluído na ordem do ter, a droga não é um objeto que ele pode, como os neuróticos, acumular, trocar por outros bens: um sapato, um carro, um apartamento, uma lancha, uma casa no Guarujá. (MELO, 2006, p. 118).

Como se percebe, o acesso ao dinheiro passa a ser um tormento para o usuário, que sabe, de antemão, como será difícil resistir para não trocar tudo ou quase tudo por drogas. A constatação é que, para além do dinheiro, que se converte quase que exclusivamente para a droga, o usuário não fica com dinheiro, pois não tem como sustentá-lo na sua economia psíquica. Guardar o dinheiro, poupar, investir, comprar outros objetos são sinais de que há uma circulação de investimentos psíquicos em outros objetos do mundo, que o sujeito circula em seu laço social. Não poder ter a posse do dinheiro é signo da dificuldade de se ter posse, posse do próprio desejo, da própria vida. É nesse sentido que Melo se interroga sobre a mesma questão:

Considerando o valor privilegiado concedido pelo sujeito ao objeto droga em sua economia psíquica, podemos perguntar se a droga não é, para o toxicômano, esse objeto dotado da vantagem especial de garantir ao sujeito que ele não tenha dinheiro. Se o dinheiro metaforiza a falta implicada no desejo, ter acesso a ele divide o sujeito e o leva a ter que se posicionar: em que gastar o dinheiro recebido, sempre pouco em comparação a tudo que gostaria de comprar? Escolher investir em algo implica necessariamente deixa de investir em outras coisas. (2006, p. 119).

Para encerrar, voltamos à questão inicial quando interrogado se é possível falar de um consumo propriamente dito, quando nos referimos ao uso toxicômano, particularmente

diante da fissura. Refaço a questão do seguinte modo: que tipo de transação está em jogo quando, diante da fissura, o dinheiro que tiver em mãos é trocado pela droga? O que se compra quando, na fissura, se compra droga?

Tal como na fissura, quando o sujeito, via angústia, rompe com o Outro, nesta transação o dinheiro também deixa de obedecer à lógica simbólica implicada no mercado (dinheiro como metáfora e metonímia). Como foi visto, a droga do toxicômano não é um bem tal qual é a droga para um usuário qualquer; há um mais-além da droga implicado na fissura vivida pelo toxicômano. Essas articulações consideram que, no vivido da fissura, o ato de trocar dinheiro por droga não é uma compra, não é um consumo. O dinheiro não está, nessas condições, atrelado ao ordenamento simbólico da circulação de bens, o dinheiro está diretamente atrelado ao Real da experiência da fissura no encontro com o mais-além da droga.

Pode-se, dessa maneira, chegar à seguinte conclusão: no instante em que a fissura diante do dinheiro dispara a certeza para o uso da droga, não se compra nada. O que se compra é, em última instância, o nada propriamente, o nada como um pedaço de Real, um pedaço do impossível de satisfazer no corpo. Neste momento, o dinheiro não ocupa o lugar de símbolo de valor monetário, ele passa a signo da droga. Conforme indicação de Bjerg (2009), neste instante, o dinheiro não está atrelado ao ordenamento simbólico do mercado, mas diretamente ao Real na forma da fissura, na perspectiva da angústia em sua solução de rompimento. O descarrilamento do dinheiro do seu plano simbólico tem como consequência a entrada no domínio da pulsão. Conforme Zizek<sup>110</sup>, “*the domain of the closed circu-*

---

<sup>110</sup> “O domínio fechado da palpação circular, que encontra satisfação na interminável repetição do mesmo gesto” (Tradução nossa). ZIZEK, S. *The plague of fantasies*. London: Verso, 1997. p. 30.

*lar palpitation wich finds satisfaction in endlessly repeating the same failed gesture*” (apud BJERG, 2009, p. 62). Conclui-se, desse modo, que a lógica de rompimento da ordem simbólica de circulação do dinheiro, quando implicado à fissura em um usuário toxicômano, é correlata e traduz a mesma lógica que estrutura a solução de rompimento com o Outro demandante pela via da droga.

### Considerações finais

O drama vivido pelo usuário em tratamento, atormentado pela possibilidade de vir a pegar em dinheiro por causa de uma fissura iminente, também é um drama para aquele que dirige o tratamento. O esforço teórico em discutir esse tema tem o seu lugar na medida em que aponta para estratégias clínicas de manejo com a situação. Saber que o dinheiro, no instante da fissura, engatilha a certeza da droga, possibilita sempre a reflexão sobre a direção do tratamento nesse contexto de atendimento institucional.

As estratégias utilizadas pelos próprios pacientes inseridos nesse drama têm algo em comum: evitar o contato com o dinheiro seja deixando de trabalhar, seja deixando o dinheiro que recebe todo com a mãe ou com a mulher, seja gastando todo o dinheiro com objetos, muitas vezes, sem utilidade. Todas as atitudes, que seguem a mesma lógica de evitar se confrontar com a dimensão fálica implicada no poder do dinheiro, seja gastando tudo em droga, seja evitando, de todo modo, o acesso, atesta a suposta “impotência” do usuário perante o “dito-cujo”<sup>111</sup> – o dinheiro. São atitudes portadoras de uma razão que, de algum modo, podem indicar uma direção para o tratamento.

---

<sup>111</sup> Referência ao caráter fálico do dinheiro.

Não seria possível ver nessas atitudes de evitar o dinheiro, tentativas de estabelecer alguma distância perante o objeto desencadeador da angústia, de modo que favorecesse um restabelecimento da circulação no laço social? É uma pergunta que permite pensar tais atitudes como uma estratégia fóbica do sujeito lidar com o enganchamento pulsional relativo ao dinheiro e à droga. Uma tentativa de estabelecer uma hiância com o objeto da angústia e da compulsão, a fim de promover uma reinserção no campo do Outro. Uma tentativa de constituir a passagem entre ser o falo do Outro e ter os meios de sustentar atributos fálicos, como uma passagem fundamental na estruturação do sujeito.

Nesse sentido, a direção do tratamento seria a de favorecer essa passagem, favorecer que este sujeito estabeleça balizas simbólicas na relação com o dinheiro, de modo a enriquecer de sentido aquilo que está tão associado apenas à droga. Seguir essa direção em relação ao dinheiro tem consequências na relação do usuário com a droga. Se, com um tratamento, o sujeito passa a saber que pode estar em outra posição subjetiva para além de ser ou não ser o falo do Outro, ele poderá sustentar aqui e ali uma atribuição fálica seja em relação ao trabalho, seja em relação ao seu próprio corpo, seja em relação à sua família e aos objetos do mundo como o dinheiro e a própria droga.

O tratamento passa então a ser concebido como um modo de favorecer que o sujeito enriqueça as suas possibilidades de lidar com a angústia. Se, até então, sua saída era prioritariamente pela via do rompimento com o uso da droga, através de um tratamento ele pode vir a construir outras saídas com uma mediação que passe pelo uso de estratégias simbólicas, de modo a poder condescender em parte com o gozo atrelado à experiência da droga no corpo.



## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Renata Brasil; et al. *Craving* e dependência química: conceito, avaliação e tratamento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p. 57-63, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-852008000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-852008000100011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 ago. 2010.
- BJERG, Ole. Too close to the Money: a theory of compulsive gambling. **Theory, Culture & Society**, SAGE, Los Angeles, London, New Delhi, and Singapore, v. 26, n. 4, p. 47-66, 2009.
- BJERG, Ole. Drug addiction and capitalism: too close to the body. **Body & Society** (SAGE, Los Angeles, London, New Delhi, and Singapore), v. 14, n. 2, p. 1-22, 2008.
- CHEMAMA, Roland (Org.) **Dicionário de Psicanálise**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- FERNANDEZ, Oswaldo. **Coca-light? usos do corpo, rituais de consumo e carreira de “cheiradores” de cocaína em São Paulo**. Salvador, 2007. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) –Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007. 345p.
- FREUD, Sigmund [1917]. As transformações do instinto exemplificadas no erotismo anal. In: \_\_\_\_\_. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. XVII, p. 159-70.
- FREUD, Sigmund [1925]. Inibições, sintomas e ansiedade. In: \_\_\_\_\_. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1969. v. XX.
- GÓES, Clara. **Psicanálise e capitalismo**. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.
- INEM, Clara. A fissura na clínica das toxicomanias: o mais-além da droga. In: CIRINO, Oscar; MEDEIROS, Regina (Orgs.). **Álcool e outras drogas; escolhas, impasses e saídas possíveis**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p. 79-86.
- LACAN, Jacques. **O Seminário: livro 10; a angústia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

LACAN, Jacques. O seminário sobre 'A carta roubada'. In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 13-68.

MARTINS, Viviane. O que pode estar por trás do fenômeno da fissura? In: CIRINO, Oscar; MEDEIROS, Regina (Org.). **Álcool e outras drogas; escolhas, impasses e saídas possíveis**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p. 93-100.

MARX, Karl. **O Capital**: crítica da economia política: livro I. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.

MELO, Renata. O dinheiro na toxicomania. In: CIRINO, Oscar; MEDEIROS, Regina (Org.). **Álcool e outras drogas; escolhas, impasses e saídas possíveis**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p. 117-26.

MILLER, Jacques-Alain. Para una investigación sobre el goce autoerótico. In: **Sujeto, goce y modernidad**. Buenos Aires: Atuel-TyA, 1993.

MIRANDA, Maria Luiza M. Toxicomanias: onde opera o analista? In: BENTES, Lenita; GOMES, Ronaldo F. (Org.) **O Brilho da infelicidade**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1998. p. 141-48.

MIRANDA, Maria Luiza. Quando o ato dissolve a angústia. In: \_\_\_\_\_. **Textos, a clínica das toxicomanias**. Salvador: CETAD/UFBA, 2010a. p. 1-5. Apostila do Curso de Especialização Psicoativos: seus usos e usuários.

MIRANDA, Maria Luiza. Respostas à angústia. In: \_\_\_\_\_. **Textos; a clínica das toxicomanias**. Salvador: CETAD/UFBA, 2010b. p. 1-7. Apostila do Curso de Especialização Psicoativos: seus usos e usuários.

OLIEVENSTEIN, Claude. **A vida do toxicômano**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1983.

SLEMENSON, Karin de Paula. **Sem? sobre a inclusão e o manejo do dinheiro numa psicanálise**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

VIEIRA, Marcus André. **Restos**: uma introdução lacaniana ao objeto em psicanálise. Rio de Janeiro: Contracapa, 2008.

ZIZEK, Slavoj. **Como leer a Lacan**. Buenos Aires: Paidós, 2008.

# DROGAS - IDEOLOGIAS E DISCURSOS: REFLEXÕES A PARTIR DA MÍDIA ELETRÔNICA<sup>112</sup>

Amália Saback<sup>113</sup>

## Introdução

As drogas ocupam cada vez mais espaço no cenário virtual. Nos últimos anos, a quantidade de sites que tratam do assunto aumentou de modo significativo e neles é possível identificar ideias respaldadas em diferentes ideologias, que vão desde discursos proibicionistas até a defesa da legalização.

Este artigo analisa o conteúdo de reportagens publicadas em um jornal eletrônico, nos sete primeiros meses de 1997 e de 2010, com o objetivo de identificar os discursos e ideologias presentes nestas publicações, além das mudanças ocorridas neste espaço de tempo quanto ao modo de abordagem das drogas na referida mídia. Durante o levantamento, foram pesquisadas as reportagens publicadas nos sete primeiros meses de cada ano citado através do acesso online ao site do referido jornal, utilizando como palavra-chave o termo “droga”. Outros termos relacionados, como *substâncias psicoativas*, *psicotrópicos*, *tóxicos*, *entorpecentes*, *drogados*, *drogadictos*, *toxicôma-*

---

<sup>112</sup> Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização “Psicoativos: seus usos e usuários” do CETAD/UFBA – Salvador, 2009. Orientadora: Marlize Rêgo.

<sup>113</sup> Psicóloga. Especialista em Atenção Integral ao Uso e aos Usuários de Álcool e outras Drogas - CETAD/UFBA.

*nos, dependentes químicos, usuários de drogas e toxicomanias*, por exemplo, não foram pesquisados. Assim, esta pesquisa se detém apenas nos resultados referentes aos discursos e ideologias subjacentes à palavra droga, com o intuito de explorar as conotações e sentidos que lhe são atribuídos.

Vale observar que, enquanto nos sete primeiros meses do ano de 1997 encontrou-se um total de apenas 16 reportagens, nos sete primeiros meses de 2010 aparecem 100 publicações. Assim, devido à discrepância na quantidade de reportagens encontradas nos períodos citados, utilizou-se para esta análise, na pesquisa referente ao ano de 2010, o mesmo número de resultados encontrados no período de 1997, sendo o excedente descartado. Logo, na pesquisa do período de 2010, foram utilizadas apenas as 16 primeiras, uma seleção necessária para igualar a quantidade de resultados encontrados na pesquisa dos dois períodos, equalizando, assim, a análise das publicações de ambos os anos.

Os referenciais teóricos utilizados para nortear este estudo de caráter qualitativo são a Análise de Discurso e o conceito de ideologia, já que, “a teoria da análise de discurso é a metodologia apropriada para se desvendar os indicadores da ideologia que impõe aos textos sobre drogas uma determinada modalidade” (BUCHER; OLIVEIRA, 1994, p. 138).

A droga pode ser lida a partir de várias posições discursivas que determinarão os diversos modos de abordar a questão. Cada abordagem é sustentada por uma teoria, com seus pressupostos e metodologias próprias, definidas a partir do objetivo a que se propõe. A mídia também não está imune à contextualização sócio-histórica, pois, está inserida em um dado contexto, logo, como produto e produtora de ideologias e discursos diversos, seu conteúdo e sua atuação estão marcados historicamente, permeados de influências sociais, econômicas, políticas e culturais e, conseqüentemente, a visão por ela apresentada

acerca das drogas é enviesada por discursos e ideologias variados, os quais este trabalho se propõe a analisar.

Pela sua capacidade de amplo alcance, a mídia assume o poder de controle social, difundindo em larga escala as ideologias subjacentes ao seu discurso. Exerce, assim, funções diversas, podendo ser, a depender do ângulo abordado, representante e difusora de informações que podem esclarecer à população as reais dimensões da questão ou, ao contrário, difundir práticas moralistas e repressoras. Como importante veículo de fortalecimento e difusão de ideologias, os meios de comunicação, de acordo com Ronzani et al. (2009), podem ser determinantes de crenças e atitudes sobre determinado assunto como também refletir o pensamento coletivo. Assim, enquanto poderoso instrumento de formação de opinião, a mídia contribui para a imagem que a sociedade constrói sobre as drogas, pois, se não pela incorporação direta, mas também pela via da negação, há a apreensão de um discurso que embasará a construção de um saber sobre este assunto.

O sujeito que se identifica com o que lê reafirma suas significações, incorpora novas ancoragens e passa a ter mais referências para estar como ser no mundo. O sujeito que discorda do que lê faz o mesmo trajeto cognitivo ao discutir e negar o que está sendo divulgado, reforçando e reelaborando suas opiniões, que também irão determinar sua condição de ser social. (MACHADO, 2004, p. 486).

Em se tratando de drogas, além dessa lógica dual, de reafirmação ou negação, com base nas ideologias difundidas por meio da mídia, é importante incentivar reflexões críticas sobre a questão, a partir da criação de espaços de discussão que facilitem o desenvolvimento de interfaces entre tantos e diversos

discursos sobre a droga, para que o sujeito possa construir um saber e um posicionamento crítico referente à questão. Para tanto, porém, é necessário abordar o fenômeno das drogas em sua multiplicidade, descartando a velha forma reducionista, ou seja, a partir da divulgação de informações que abarquem as muitas dimensões envolvidas neste fenômeno e construindo debates e discursos segundo uma visão multidimensional, baseada em aspectos reais e não em mitos e moralismos.

## Retrospectiva

Para contextualizar o fenômeno das drogas e o posicionamento dos diversos discursos a ele relacionados na atualidade, faz-se necessária uma breve retrospectiva histórica das diversas ideologias e discursos sobre o tema na nossa sociedade.

O consumo de drogas sempre esteve presente na história da humanidade (SILVEIRA, 2008) e varia de acordo com o tempo e com a cultura (FOCCHI et al., 2001), assumindo, assim, diferentes sentidos em cada contexto. Segundo MacRae (2001, p. 3), “[...] longe de ter uma natureza genérica, a droga assume diferentes significados em diferentes ocasiões”, o que equivale a dizer que existem múltiplos aspectos relacionados à droga, que vão desde o farmacológico, o psicológico, o social, até o político, econômico e cultural, todos eles indissociáveis e entrelaçados, de modo muito particular, em cada época e em cada sociedade.

A socioantropologia contribui para uma compreensão do fenômeno, discorrendo sobre o uso cultural e ritualístico de drogas em contextos diversos. As substâncias operam com “[...] múltiplos significados culturais de importância central na vida simbólica, religiosa e ideológica” (CARNEIRO, 2009, p. 14). O uso de cada substância em contextos religiosos, como no Judaísmo, Cristianismo, União do Vegetal (UDV), Santo Daime, por

exemplo, aponta para uma forma específica de significação e, conseqüentemente, de utilização. Diferentes são as substâncias utilizadas nestes contextos e as crenças que embasam tal uso.

Segundo Carneiro (2009), o Judaísmo usa o vinho como um dos instrumentos de devoção, enquanto o Cristianismo encarna nesta mesma substância a divindade: o vinho representa o sangue de Cristo. Ricciardi (2009) discorre sobre o uso da Ayahuasca como elemento importante nas cerimônias religiosas da União do Vegetal, sendo usado pelos seguidores desta doutrina para expandir a consciência e possibilitar um contato com o espírito, com o interior de cada um. Já a doutrina religiosa do Santo Daime utiliza em seus rituais um chá psicoativo chamado Daime com o intuito de abrir a percepção do mundo espiritual. (MACRAE, 2009).

Não existe droga *a priori*, diz Bucher (1992 apud MACRAE, 2001). Cada população, cada contexto, cada indivíduo, dará existência à droga a partir de um lugar, atribuindo a esta significados diferentes.

A questão do uso de drogas não se constitui, assim, apenas como um 'problema', mas faz parte da cultura humana há milhares de anos como um instrumento de estímulo, consolo, diversão, devoção, intensificação do convívio social. (CARNEIRO, 2009, p. 14-15).

## A droga passa a ser uma droga

É no início do século XX, porém, que a droga passa efetivamente a ser vista como um problema. Para alguns autores, a partir daí, a toxicomania se apresenta como sintoma social. Os imperativos categóricos da contemporaneidade, a crise dos ideais, a lógica que sustenta o mundo globalizado do capital,

dos objetos de consumo, do prazer imediato, banalizado e desmedido propiciam o aparecimento de sintomas, de diferentes modos de responder a estas exigências. A toxicomania é encarada como um desses modos de resposta. (MIRANDA, 2003).

Nesse momento – início do século XX – são propostas as primeiras intervenções, que têm medidas de cunho repressivo voltadas para o controle e a repressão às drogas. De acordo com Machado e Miranda, “[...] as abordagens, intervenções e políticas foram original e predominantemente desenvolvidas no campo da Justiça e da segurança pública” (2006, p. 802), visto que, nessa época, o uso de drogas ainda não era caracterizado como um “problema” de Saúde Pública, focando-se a intervenção nas drogas ilícitas.

Em um contexto marcado pela proibição e criminalização do uso e do comércio de drogas, o que embasa as intervenções é o caráter de licitude das mesmas, que se constitui como único critério de distinção entre os usuários. Assim, no caso dos usuários de drogas ilícitas, o aparato jurídico intervém através de punições previstas, como a exclusão do meio social, isolamentos em prisões e sanatórios, pois, este modelo, que tem como foco a droga, lhe atribui o caráter de inofensiva ou perigosa a partir do referencial jurídico da legalidade.

Dentro dessa mesma lógica, as problemáticas relacionadas ao consumo de drogas lícitas ficam por conta do setor privado que, paralelamente, dá início às “[...] primeiras medidas assistenciais para alcoolistas, marcadas por concepções moralistas e higienistas” (MACHADO; MIRANDA, 2006a, p. 803) e, somente em 1924 é proposta, como punição, a internação compulsória em estabelecimento correccional para aqueles cuja embriaguez viesse a ocasionar “atos nocivos a si próprio, a outrem ou à ordem pública” (MACHADO; MIRANDA, 2006b); ou seja, a ênfase das intervenções continuava, ainda, no âmbito do controle e repressão.



Na década de 70, a Medicina passa a influenciar a legislação brasileira sobre drogas, sendo usada como mecanismo aliado na política proibicionista, corroborando, através de seus saberes, com o controle e a repressão ao uso de drogas. Nesse âmbito, o usuário passa a ser, de modo maniqueísta, diferenciado entre criminoso ou doente e, conseqüentemente, o modelo de tratamento se desdobra em duas direções: na punição ou na recuperação, respectivamente, sendo esta última pautada na lógica da abstinência, em hospitais psiquiátricos, e, posteriormente, em centros especializados (MACHADO; MIRANDA, 2006c). Em ambas as direções, seja de punição ou de recuperação, a proposta é a extinção e a ausência da droga.

Desde essa época, a maneira de abordar a questão do uso de drogas se direciona para o campo médico-psiquiátrico e, nesse contexto, é proposta a criação de estabelecimentos destinados exclusivamente à assistência do usuário de drogas, sendo o alvo do tratamento ainda, preponderantemente, a abstinência. Assim, na década de 80, são criados os primeiros centros de tratamento ligados ao poder público, voltados para os consumidores de drogas ilícitas, o que reflete uma abordagem ainda pautada no modelo proibicionista, que visa controlar e coibir o uso dessas drogas, tendo como parâmetro o caráter de licitude, através de medidas e estratégias pautadas no saber técnico-científico, visando a abstinência como finalidade única e como sentido de cura, de “libertação”. São espaços articulados entre os campos da saúde e, ainda, da Justiça. (MACHADO; MIRANDA, 2006d).

Ainda nessa época surgem, também, os centros de tratamento, pesquisa e prevenção, reconhecidos como centros de referência cuja produção técnico-científica introduz novas concepções e práticas sobre a temática do consumo de drogas, com fundamentos não moralistas nem repressivos. (MACHADO; MIRANDA, 2006e).

Já na década de 90, o advento da prevenção da AIDS entre usuários de drogas injetáveis facilita o início do desenvolvimento de projetos de Redução de Danos (RD) cujos pressupostos teóricos e práticos vão se desenvolvendo, se ampliando e alcançando cada vez mais espaço nas políticas de atenção dedicadas a usuários de drogas até a RD se tornar um dos pilares de sustentação da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, publicada em 2003, pelo Ministério da Saúde e em vigor atualmente. (BRASIL, 2003).

No final da década de 1990, desenvolvia-se o processo de construção de um modelo de proteção ao uso de drogas ilícitas e ao uso indevido de drogas lícitas, contexto no qual, diante do novo posicionamento, passa-se a distinguir os usuários de acordo com o modo de consumo – uso recreativo, indevido, abusivo e toxicômano – além de distinguir usuários de traficantes. Esses últimos permanecem, até os dias atuais, como objeto de políticas de repressão e punição enquanto os usuários passam a ser considerados como questão de saúde pública desde a publicação supracitada.

Inserido nosologicamente pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10) na categoria dos transtornos psiquiátricos e com as distintas subclassificações, de acordo com o tipo de substância e o padrão de uso, o usuário de drogas está, então, legitimado pelo saber médico. (ORGANIZAÇÃO..., 1997).

Entretanto, longe de ser uma questão exclusivamente biológica, o uso de drogas é polideterminado: é o que ressalta Olievenstein (1985), com o tripé indivíduo-produto-meio socio-cultural representado na frase: “a toxicomania é o resultado do encontro de um indivíduo com uma determinada substância psicoativa num dado contexto sócio-cultural”.

Diante desse quadro, a saúde mental assume os cuidados com o usuário de drogas no contexto da Reforma Psiquiátrica, sendo criados, a partir de 2002, os Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e outras Drogas (CAPSad) que oferecem atendimento a pessoas cujo principal problema é o uso prejudicial de álcool e outras drogas, alicerçado nas premissas da Reforma Psiquiátrica, da Redução de Danos e do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse âmbito e a partir dessas premissas, é que o Ministério da Saúde desenvolve a construção de uma política específica para este campo, instituindo o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003).

Vários são os discursos e ideologias que sustentam a política proposta pelo Ministério da Saúde, mas, nem todos os segmentos da sociedade estão preparados para lidar com essa nova visão, pois o fenômeno das drogas e seus usuários ainda são considerados de forma preconceituosa pela sociedade e, para ultrapassar essa visão equivocada, é preciso mais do que capacitação técnico-científica, é preciso se despirmos dos preconceitos já enraizados e se colocar disponível para essa nova leitura. A representação da droga no imaginário coletivo e no senso comum ainda é construída com base em mitos, estereótipos e moralismos e a imagem vendida pela mídia corrobora para esta visão limitada. Assim, antes de comprar as ideias sensacionalisticamente vendidas e propagadas pela mídia é preciso questionar em que estão pautadas.

### **Mídia eletrônica e drogas**

No final da década de 80 e início da de 90, com a popularização da informática e o acesso de milhões de pessoas à internet, a principal forma de obter informações deixou de ser

a biblioteca e passou a ser a Web, pois, graças à sua evolução, é possível, atualmente, aos seus usuários, chamados internautas, interagirem não apenas através de acessos de compartilhamento de informações, mas também através da criação de serviços virtuais, colaborando, assim, com a nova configuração do meio digital.

Nesse contexto, surgem, entre outros dispositivos, os jornais eletrônicos, que substituem a era das revistas e jornais feitas de papel pelas páginas virtuais cuja dinâmica facilita a circulação rápida de informação, atingindo as diversas camadas da sociedade.

No caso do fenômeno das drogas, divulgado atualmente pelos diversos meios de comunicação, virtuais ou não, o poder da mídia atinge grande parte da população, influenciando a opinião pública. Nesses meios, é possível encontrar diferentes discursos e ideologias subjacentes ao assunto drogas e à sua abordagem, porém a sua popularização, aliada à banalização do tema e ao sensacionalismo da mídia, camufla a diversidade e a complexidade da questão, reduzindo-a.

De acordo com Vivarta (2005), a mídia brasileira quase sempre toma a violência urbana como ponto de partida para abordar as drogas, dificultando, assim, o desenvolvimento de uma compreensão contextualizada e consistente do fenômeno pela sociedade, além de fomentar uma posição reducionista e moralista sobre o mesmo. Trad (2004), por sua vez, afirma que a publicidade se sustenta em uma lógica dicotômica e dualista – pautada no caráter de licitude – que estimula o consumo das drogas lícitas, incentivando a sua comercialização, por um lado, enquanto diaboliza as ilícitas, visando a sua prevenção, sem contemplar os múltiplos aspectos envolvidos na questão.

Essa carência da mídia em abordar a multiplicidade de fatores relacionados às drogas, propiciando discussões mais

aprofundadas, vai influenciar diretamente a visão e a abordagem que se faz do assunto. A superficialidade com que a imprensa versa sobre as drogas reflete e influencia, simultaneamente, a visão reducionista e superficial que a sociedade, o imaginário coletivo e o senso comum têm do assunto, o que pode ser visto através da análise do conteúdo das publicações da mídia que abordam a droga a partir de discursos reducionistas.

## Resultados e discussão

A diferença observada em relação à quantidade de matérias sobre drogas nos dois períodos analisados – 16 publicações no ano de 1997 para 100 no ano de 2010 – reflete o crescimento da temática droga na mídia eletrônica, um aumento que pode estar relacionado a dois fatores: o desenvolvimento da mídia eletrônica como veículo de comunicação de massa, ocorrido a partir da década de 90 e, também, a disseminação do assunto drogas, que vem ganhando proporção e ocupando cada vez mais espaço no cenário atual. Apesar dessa disseminação e do desenvolvimento dos vários olhares sobre as drogas, observa-se que ainda prevalece a visão reducionista, estereotipada e moralista de outrora.

Nas reportagens analisadas, a palavra droga aparece como sinônimo de medicamento em três matérias do ano de 1997 e em uma, no ano de 2010. As demais reportagens mostram o termo com conotação pejorativa. Aparece também como tabu social e relacionada a outros tabus como sexo, casamento homossexual, aborto e descriminalização, em uma reportagem de 1997 e em uma de 2010. Sete matérias de 1997 e onze de 2010 remetem a palavra droga a ilicitude, criminalidade e violência.

Observa-se que, no intervalo entre 1997 e 2010, diminui a quantidade de matérias que utilizam a palavra para referir medicamento, aumentando, conseqüentemente, o número de veiculações pejorativas do termo, o que, possivelmente, é a representação daquilo que o imaginário coletivo tem sobre drogas, que desconsidera a conotação desta terminologia nos demais discursos, como o discurso médico e da saúde, por exemplo.

Segundo o Dicionário Aurélio (2010), droga é a “designação geral de toda substância usada em química, farmácia etc. / Nome dado aos narcóticos ou entorpecentes (morfina, cocaína etc.): o tráfico de drogas”. Quanto à etiologia da palavra, há incertezas e controvérsias. Rezende (2004a) sugere algumas origens para o termo droga a partir de idiomas diferentes: como oriundo do termo *drowa* em árabe, que significa bala de trigo; ou originária de *drooge* em holandês antigo, cujo significado é folha seca, visto que, antigamente, quase todos os medicamentos eram feitos à base de vegetais; do alemão *droghe vate*, expressão que designava os túneis nos quais eram guardadas as ervas secas. O francês *drogue* designava, primitivamente, toda substância orgânica ou inorgânica empregada como ingrediente de tinturaria, química ou farmácia. O grego *phármakon*, do qual derivou o termo fármaco, tinha dois sentidos – tanto medicamento quanto veneno – capaz de atuar benéfica ou maleficamente. Ainda segundo Rezende (2004b), é no século XX que essa palavra passa a ser empregada como sinônimo de tóxico.

Atualmente, droga é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como qualquer substância que, não sendo produzida pelo organismo, tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento. Além disso, a medicina define droga como qualquer substância capaz de modificar o funcionamento dos

organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento. (REZENDE, 2004c).

Essa pluralidade de conotações atribuída ao termo reflete a complexidade e a multidimensionalidade do fenômeno. Cada recorte ótico utiliza o termo com base em seus próprios pressupostos e, embora existam discursos e ideologias diversas sobre drogas na atualidade, o caráter de licitude da substância pautado no discurso jurídico, que contém ideologias políticas e econômicas subjacentes, ainda é destaque. Nas reportagens analisadas, observa-se que a terminologia é utilizada para se referir, basicamente, a drogas ilícitas, por sua vez, relacionadas, sobretudo, a violência, tráfico e criminalidade.

Por outro lado, as drogas lícitas se restringem a medicamentos. Embora não tenham sido encontrados nas reportagens pesquisadas, o tabaco e o álcool aparecem frequentemente na mídia relacionados à lógica de mercado, cujo objetivo é incentivar o consumo, utilizando-se, para tanto, apelos com conotações positivas. Trad (2004) aponta como as propagandas de drogas lícitas estão associadas a imagens prazerosas e como, ao contrário, na publicidade de prevenção cujo foco é a droga ilícita, o modelo hegemônico se orienta pelo paradigma médico-jurídico, imbuído de conotações morais e associados a cenas dramáticas e repulsivas.

Desse modo, com base em valores simbólicos socialmente construídos e atribuídos às drogas lícitas e ilícitas, reforçam-se as representações dominantes no imaginário coletivo, acentuando uma visão sobre drogas pautada em uma escala de valores moralistas. Nessa perspectiva, o discurso da publicidade enfatiza a droga, não abordando o usuário e a relação que este estabelece com uma determinada substância.

A saúde coletiva preconiza o desenvolvimento de políticas públicas de saúde alicerçadas nas premissas da Reforma

Psiquiátrica, da Redução de Danos e do SUS para pessoas cujo principal problema é o uso prejudicial de álcool e outras drogas. A expressão “e outras” inclui o álcool como droga, ao mesmo tempo em que o coloca em destaque, separadamente das outras drogas. Assim, reforça a visão moralista e estereotipada, construída a partir de uma escala de valores, na qual o álcool, por ser uma droga lícita, ocupa lugar privilegiado. Essa expressão pode levar a uma teoria errônea de que a licitude do álcool o torna uma droga “mais leve”, mais “inofensiva” e, portanto, mais aceitável e tolerável socialmente, sem questionar a relação que a sociedade estabelece com ele e o local que ele ocupa na sociedade.

A mídia negligencia informações importantes sobre os possíveis efeitos prejudiciais do uso inadequado dessa substância, a violência gerada sob o seu efeito, e ainda omite questões fundamentais referentes à sua comercialização, como, por exemplo, a venda corriqueira e banalizada de álcool em postos de combustível, sem controle, mesmo sabendo-se do alto índice de acidentes de trânsito em decorrência do seu abuso. Além disso, o álcool está diretamente associado à violência, inclusive à violência doméstica, principalmente contra a mulher, como mostram várias pesquisas (DEEKE et al., 2009; FONSECA et al., 2008; VIEIRA et al., 2009, e outras). Há também a relação do álcool com homicídios (GAWRYSZEWSKI et al., 2005). Entretanto, mesmo com todas essas informações, na nossa cultura, há uma apologia – visível na mídia – de incentivo ao uso do álcool, cujo uso foi banalizado. Isso ocorre, possivelmente, por ser essa uma droga legalizada que movimenta a economia, não apenas gerando impostos, mas, também, porque o dinheiro decorrente desse consumo se reverte automaticamente em patrocínio para o marketing e a consequente venda dessa mercadoria e assim por diante, em um ciclo vicioso e lucrativo.



Na mídia, quando se trata de crimes, violência e marginalidade, esses aparecem relacionados, predominantemente, às drogas ilícitas – como se lhes fossem intrínsecos ou como se tivessem uma relação de causalidade – o que reflete mais uma vez um posicionamento pautado no caráter de licitude, ou seja, no discurso jurídico, além de ser um posicionamento atravessado por ideologias e discursos de cunho econômico, político e moralista.

Quanto ao discurso religioso, no ano de 1997, quatro reportagens eram ligadas à religião, enquanto em 2010 não há referência a esse respeito em nenhuma reportagem. O discurso religioso reflete um posicionamento antidrogas em que a droga aparece como um demônio e, portanto, o objetivo é o da salvação. Tanto no discurso religioso quanto nas reportagens de cidadania e direitos humanos, a droga aparece como tabu social e relacionada a outros tabus.

Sobre a descriminalização, tema que apareceu de forma incipiente, apenas citado juntamente com tópicos tabus, como aborto e casamento homossexual, não há, nas matérias analisadas, reflexões aprofundadas. Morre-se mais pelo tráfico do que pela overdose da droga, diz Escotado (1995a) que afirma, ainda, que, historicamente, não é sustentável que a disponibilidade de uma droga aumente o número de consumidores. E complementa: “A história ensina que nenhuma droga desapareceu ou deixou de ser consumida em decorrência de sua proibição. Ensina também que, enquanto subsistir uma proibição, haverá uma tendência muito maior a consumos irracionais” (ESCOHOTADO, 1995, p. 41).

Quando se fala em descriminalização ou legalização há uma tendência do senso comum a associá-la à legalização indiscriminada e banalizada, sem a reflexão crítica sobre a questão, ou seja, não aprofundando o que significa descriminalizar

e legalizar, quais os seus pressupostos, critérios, objetivos e possíveis implicações.

De 1997 a 2010, aumenta de cinco para onze o número de matérias que vinculam a droga ao tráfico e este, por sua vez, à violência e criminalidade. De modo simplificado e reducionista, essas reportagens se limitam a retratar uma lógica dual e maniqueísta, do bem e do mal, na qual bandidos (traficantes) e mocinhos (polícia) se enfrentam intensamente em uma guerra contra a grande “vilã” da sociedade (a droga) com o objetivo de extingui-la. Esse modo de abordar a questão desconsidera as várias dimensões complexas – principalmente políticas e econômicas – envolvidas nas entranhas desse processo, o que contribui para alarmar a sociedade em vez de estimulá-la a refletir e a se posicionar crítica e politicamente.

Apenas em uma reportagem de 1997, o crack foi citado. Na atualidade, ele se torna artista principal, divulgado em todo tipo de imprensa (televisiva, *outdoor*, *busdoor*, rádio, internet) com um apelo sensacionalista, que convoca a sociedade especificamente à intensificação do seu combate.

Embora tenha havido o desenvolvimento de novos discursos acerca desse fenômeno, nessa guerra – cujo foco continua sendo o objeto droga e cuja violência é referente à sua ilegalidade – não há lugar para o sujeito. A mídia divulga uma campanha com o slogan “Crack: cadeia ou caixão”, ou seja, oferece apenas duas alternativas aos usuários desta substância: a cadeia, com base no discurso jurídico, que é pautado no caráter de licitude das substâncias; ou o caixão, sugerindo que todos os usuários de crack, inevitavelmente, quando não são presos, morrem, descartando, assim, a possibilidade de tratamento e, conseqüentemente, negando os novos discursos da saúde e desconsiderando os modos diversos de consumo, como o controlado e o recreativo, por exemplo.

Que lugar é esse que a sociedade destinou ao crack na atualidade? Segundo Nery Filho (2010), “o crack não é inimigo da Humanidade. É a Humanidade, sem rumo, que se depara com o crack, na tentativa de aplacar o sintoma, seu mal-estar” e, para Escohotado, “uma droga não é apenas um corpo químico, mas um produto marcado por um rótulo ideológico [...]”, ao passo que “[...] as condições vinculadas à satisfação de um desejo determinam decisivamente suas características” (ESCOHOTADO, 1995b, p. 32).

A partir dos variados discursos e ideologias, fala-se de drogas, seus tipos, comércio, traficantes. Termos como vício, problema e delinquência são empregados em uma das reportagens de 1997, mas não há referência ao usuário em sua dimensão subjetiva. Será que ele não é visto? Encontra-se mascarado pelos preconceitos e discursos pré-concebidos fundamentados em moralismos? Ou, simplesmente, é ignorado, em uma tentativa de manter a droga como bode expiatório das mazelas sociais, preservando, assim, o *status quo*? Em meio a tantos discursos abordados nas reportagens analisadas, não há referência a nenhum discurso que sustente a dimensão subjetiva do usuário, ou seja, priorizando o sujeito que a usa com sua história e subjetividade e a relação singular que estabelece com “sua” droga.

## Considerações finais

Diante do exposto, foi observado que as publicações analisadas nos períodos de 1997 e 2010, a partir da mídia eletrônica, ainda são carentes de reflexões aprofundadas que contemplem a complexidade do fenômeno drogas.

A droga pode ser lida a partir de vários discursos e para transcender o reducionismo com o qual esse fenômeno é abor-

dato é importante a interface entre os vários olhares sobre esse tema tão polêmico. Só através desse diálogo é possível estabelecer um novo olhar – plural – sobre a questão e um posicionamento crítico solidamente embasado. É fundamental, nesse novo olhar, que o foco deixe de ser a droga, para ser o sujeito, ou seja, é importante sustentar um discurso que não se restrinja exclusivamente à droga em si, mas se volte para o sujeito, sua singularidade e suas relações, oferecendo-lhe espaços onde ele possa advir.

Segundo Escohotado (1995c), um grande número de pessoas acredita que a droga é um ente real do qual precisam se defender. Para Trad (2009), o pânico moral instalado na sociedade brasileira é devido, principalmente, à violência do tráfico e ao sensacionalismo da mídia, uma construção sociocultural sobre o fenômeno das drogas baseada em mitos e estereótipos que tampona os múltiplos aspectos relacionados à questão.

Desse modo, a mídia pode contribuir para a superação da lógica dual com que o senso comum e o imaginário coletivo tendem a apreender o fenômeno das drogas, pois, enquanto instrumento moderno de comunicação de massa, dispõe de espaços com ampla inserção social que poderiam ser aproveitados para essa finalidade. Diz Trad, “a legitimação dessas novas perspectivas de intervenção no campo das drogas demanda um amplo processo de sensibilização social” (2009, p. 109).

A mídia não é apenas um elemento alheio ao fenômeno das drogas, que o toma a partir de uma posição neutra: ela se constitui também como um dos saberes – com seus discursos, ideologias e posicionamentos – acerca deste fenômeno. Ela é fundamental para a reflexão crítica e a compreensão aprofundada da questão, no momento em que o uso de drogas se generaliza, passando a fazer parte do cotidiano.

Uma interação entre os vários discursos acerca das drogas eliminaria a visão reducionista, pautada em uma lógica simplista e preconceituosa, enquanto facilitaria um posicionamento fundamentado e crítico da sociedade em relação à droga e suas reais dimensões.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 86p.
- BUCHER, Richard; OLIVEIRA, S. O discurso do “combate às drogas” e suas ideologias. **Revista Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 137-45, abr. 1994.
- CARNEIRO, Henrique. As drogas e a história da humanidade. **Psicologia Ciência e Profissão** – Diálogos, ano 6, n. 6, p. 14-15, nov. 2009.
- DEEKE, Leila Platt; et al. A dinâmica da violência doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 248-58, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/08.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2010.
- ESCOHOTADO, Antonio. A proibição: princípios e conseqüências. In: RIBEIRO, Maurides de Melo; SEIBEL, Sérgio Dario. **Drogas; hegemonia do cinismo**. São Paulo: Fundação Memorial da América Latina, 1997.
- FOCCHI, Guilherme; et al. **Dependência química: novos modelos de tratamento**. São Paulo: Roca, 2001.
- GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro; KAHN, Túlio; MELLO JORGE, Maria Helena Prado de. Informações sobre homicídios e sua integração com o setor saúde e segurança pública. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 627-33, ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n4/25536.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2011.

MACHADO, Ana Lúcia. Reforma psiquiátrica e mídia: representações sociais na Folha de S. Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 483-91, jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n2/20402.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2010.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **Hist. Ciênc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-21, set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n3/06.pdf>> Acesso em: 20 maio 2010.

MACRAE, Edward. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO JÚNIOR, A. **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 25-34.

MACRAE, Edward. O uso ritual de substâncias psicoativas na religião do Santo Daime como um exemplo de redução de danos. In: FILHO NERY, A.; MACRAE, E.; TAVARES, L. A.; RÊGO, M. (Org.). **Toxicomanias: Incidências clínicas e socioantropológicas**. Coleção Drogas: clínica e cultura. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2009.

MIRANDA, Maria Luiza. **O que é a psicanálise, afinal**. Abertura das atividades do Instituto de Psicanálise da Bahia, 2003.

NERY FILHO, Antonio. **O discurso do presidente Lula sobre drogas foi antigo e comum**. 24 jun. 2010. Disponível em: <<http://conversandocomnery.wordpress.com/>> Acesso em: 25 ago. 2010.

OLIEVENSTEIN, Claude. **Destino do toxicômano**. Tradução Marie Dominique Grandy. São Paulo: Almed, 1985.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. CID-10 – **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10. rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.

REZENDE, Joffre M. **Linguagem médica**. 3. ed. Goiânia: AB Editora e Distribuidora de Livros, 2004.

RICCIARDI, Gabriela S. O uso da Ayahuasca e a experiência do alívio, transformação e cura na União do Vegetal – UDV. In: NERY FILHO, Antonio; et al. (Orgs.). **Toxicomanias: Incidências clínicas e socioantropológicas**. Salvador: EDUFBA; CETAD/UFBA, 2009. (Coleção Drogas: clínica e cultura).

RONZANI, Telmo Mota et al. Mídia e drogas: análise documental da mídia escrita brasileira sobre o tema entre 1999 e 2003. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1751-62, dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n5/16.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2010.

SILVEIRA, Dartiu. Reflexões sobre a prevenção ao uso indevido de drogas. In: NIEL, M.; SILVEIRA, D. (Org.). **Drogas e redução de danos**: uma cartilha para profissionais de saúde. São Paulo: Ministério da Saúde, 2008.

TRAD, Sérgio. Controle do uso de drogas e prevenção no Brasil: revisitando sua trajetória para entender os desafios atuais. In: NERY FILHO, A. et. al. **Toxicomanias; incidências clínicas e socioantropológicas**. Salvador: CETAD/UFBA; EDUFBA, 2009. (Coleção Drogas: clínica e cultura).

TRAD, Sérgio. Mídia e drogas: confrontando texto e contexto da publicidade comercial e de prevenção. In: TAVARES, Luiz Alberto (Coord.). **Drogas; tempos, lugares e olhares sobre seu consumo**. Salvador: CETAD/UFBA; EDUFBA, 2004. (Coleção Drogas: clínica e cultura).

VIVARTA, Veet (Coord.). **Mídia & drogas**: o perfil do uso e do usuário na imprensa brasileira. Brasília: Agência de Notícias dos Direitos da Infância; Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <[http://www.andi.org.br/\\_pdfs/midia\\_e\\_drogas\\_final.pdf](http://www.andi.org.br/_pdfs/midia_e_drogas_final.pdf)>. Acesso em: 17 ago. 2010.





# TABAGISMO FEMININO NA LITERATURA NACIONAL<sup>114</sup>

*Cristiane Antunes Barreira*<sup>115</sup>

*Jeane Freitas de Oliveira*<sup>116</sup>

## Introdução

Os dados aqui apresentados são resultantes de uma pesquisa bibliográfica realizada durante o Curso de Especialização “Psicoativos: seus usos e usuários”, oferecido pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), no período de 2009 a 2010.

Os enfrentamentos no contexto profissional diante do atendimento frequente a mulheres usuárias de tabaco e outras substâncias psicoativas se tornaram uma motivação para a escolha pela temática do tabagismo feminino. Esses enfrentamentos confirmam dados de pesquisas nacionais e internacionais e de reportagens divulgadas pela mídia acerca da expansão do consumo de substâncias psicoativas, de um modo geral, pela população feminina. As pesquisas mostram que o tabagismo é um problema de saúde pública com repercussões distintas causadas pelo fumo ativo (pessoa usuária) e passivo (familiares, coletividade e meio-ambiente).

---

<sup>114</sup> Trabalho de conclusão do curso de Especialização “Psicoativos: seus usos e usuários” CETAD/UFBA – Salvador, 2009. Orientadora: Jeane Freitas.

<sup>115</sup> Especialista em Atenção Integral ao Uso e aos Usuários de Álcool e outras Drogas - CETAD/UFBA.

<sup>116</sup> Doutora em Saúde Pública - ISC/UFBA.

O tema da campanha de combate ao fumo proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para o ano de 2010, “Gênero e tabaco com ênfase no marketing para mulheres” reforçou o interesse para o desenvolvimento da pesquisa. O principal objetivo da campanha foi alertar para as estratégias que a indústria do tabaco utiliza para atingir o público feminino e sobre os males que os produtos desta indústria causam à saúde da população e ao meio ambiente.

De acordo com a perspectiva da campanha, no Brasil, o Instituto Nacional de Câncer (INCA) desenvolveu peças promocionais com o slogan “Mulher, você merece algo melhor que o cigarro!”. A imagem de flores representando proteção ao meio-ambiente, beleza e qualidade de vida foi apresentada em contraponto ao cigarro que representa desmatamento, envelhecimento precoce e problemas de saúde.

Diante da situação apresentada, buscou-se desenvolver uma pesquisa com o objetivo de analisar os agravos do tabagismo para as mulheres, divulgados na literatura nacional especializada, no período de 2000 a 2010. Espera-se que os resultados apresentados contribuam, não apenas para a ampliação dos conhecimentos acerca dessa problemática, mas, sobretudo, para reduzir os enfrentamentos na prática profissional e promover o desenvolvimento e ou a implementação de ações preventivas e de promoção da saúde, junto à clientela feminina.

### Trilha metodológica

Para o alcance do objetivo de analisar os agravos do tabagismo para as mulheres divulgados na literatura nacional especializada, no período de 2000 a 2010, foram adotadas as seguintes metas: identificar artigos e livros que abordem o tema “tabagismo e mulheres” no período estipulado; carac-

terizar agravos provocados pelo tabagismo para as mulheres; e descrever agravos decorrentes do tabagismo ativo e passivo tendo a mulher como sujeito da ação. O período definido para a revisão foi estabelecido com o propósito de restringir o material selecionado a informações mais atualizadas. Foram analisadas apenas publicações em idioma brasileiro para poder retratar, de forma objetiva, a realidade nacional acerca da relação mulher-tabagismo.

A identificação dos artigos foi feita na base de dados online *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) através dos seguintes descritores: tabagismo, mulher, gênero, gestação, fumantes passivos. Foram, também, consideradas informações contidas em livros de publicação nacional que abordam temas sobre a mulher como um público especial cuja dependência se apresenta com características próprias. A identificação e a seleção foram realizadas em julho de 2010, inicialmente pela leitura do resumo do artigo e, posteriormente, pela leitura na íntegra. Nesse processo, alguns artigos identificados foram descartados por não tratarem especificamente de questões relacionadas ao tabagismo feminino. Foram analisados, ao final, vinte artigos.

Na organização dos dados, as informações foram agrupadas por similaridade do conteúdo apresentado pelos diversos autores sobre o tema estudado. Nesse processo, foram organizados quatro grupos de informações: 1) aspectos sociopsicológicos do fumar feminino, 2) implicações do tabagismo ativo; 3) implicações do tabagismo passivo; e 4) formas de tratamento.

A leitura do material disponível em livros e nos sites do Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SE-NAD) e INCA foi relevante para contextualizar as informações apresentadas nos artigos.

## Resultados

Os quatros grupos de informações contêm aspectos relevantes acerca do tabagismo feminino. Os aspectos sociopsicológicos, considerados como determinantes na epidemiologia do tabagismo feminino, são também relevantes para o desenvolvimento de diretrizes com enfoques terapêuticos. As informações referentes aos agravos do tabagismo ativo e passivo trazem implicações comuns para pessoas fumantes de ambos os sexos e priorizam agravos específicos para as mulheres, para as crianças e o feto. As diferentes formas de tratamento do tabagismo aglutinam breves informações farmacológicas e enfoques psicossociais, preconizando a associação dos diversos métodos para otimizar resultados possíveis.

As informações apreendidas nos artigos foram contextualizadas com dados contidos nos livros didáticos sobre tabagismo, publicados pelo pneumologista José Rosemberg (2002, 2003).

### Aspectos sociopsicológicos do tabagismo feminino

Quatro dos artigos analisados abordaram questões referentes aos aspectos sociopsicológicos do tabagismo feminino. No conjunto, os trabalhos procuraram caracterizar significados simbólicos e concretos do fumar e aspectos sociais envolvidos. Identificou-se que situações como sobrecarga profissional e emocional decorrentes de situações como fragmentação familiar, violência doméstica, solidão e adaptação ao novo papel social da mulher fazem com que o cigarro se torne um apoio imaginário, o que potencializa o seu hábito.

De acordo com Rosemberg (2002), nenhum hábito social ou droga se expandiu com a velocidade do tabaco. Na Euro-

pa, o tabaco entrou com forte credibilidade em suas finalidades medicinais sendo a planta e as sementes transportadas da América por navegadores espanhóis e portugueses. Na França, a rainha Catarina de Médicis, no século XVI, obteve melhoras sobre uma enxaqueca crônica, consolidando o uso do tabaco que passou a ser conhecido como a “erva da rainha”. Na Inglaterra, no século XVII, a Rainha Carolina mascava o tabaco atribuindo-lhe efeitos benéficos aos dentes, sendo imitada pelas damas da corte.

O ato de fumar era comum entre mulheres consideradas célebres, como Madame Pompadour e George Sand, que viveram com Chopin. A princesa de Meterling, amiga da Imperatriz Eugênia (esposa de Napoleão), excelente pianista, interpretava Mozart com o cachimbo entre os dentes. Por volta de 1860, os charutos dominavam, sendo confeccionados também em tamanho pequeno, chamado “queens”, direcionados para o mercado feminino, sugerindo a associação do fumar com a imagem de poder e sucesso financeiro.

Com a industrialização, no séc. XVIII, a manufatura do cigarro empregava mulheres e crianças e o efeito tóxico nesses trabalhadores pelo contato íntimo com o tabaco já era observado, embora nenhuma ação fosse adotada para prevenção. Nessa época, foram criados espaços em clubes de fumar destinados às mulheres tabagistas, chamados “tabagies”. Com a introdução do cigarro, marcas especiais destinadas ao público feminino foram criadas. Após a Primeira Grande Guerra Mundial (1914/18), a expansão do uso do cigarro se consolidou e a mulher passou a fumar nos centros urbanos.

Após a Segunda Guerra Mundial, as reivindicações femininas de maior participação na sociedade tiveram um alto custo e a moeda corrente deste preço social foi o tabagismo. A saída do papel de submissão para o de lutadora passa a ter no

cigarro a sua representatividade como símbolo de emancipação havendo, conseqüentemente, a tendência de feminização do tabagismo. (BORGES; SIMÕES-BARBOSA, 2009).

Epidemiologicamente, o número de mulheres fumantes vem crescendo proporcionalmente em relação aos homens. O papel de provedora do lar, geradora de renda, mesmo com remuneração desigual quando comparada à do homem, a sobrecarga de responsabilidades domésticas e profissionais causam ansiedade e depressão e tornam as mulheres mais vulneráveis ao consumo do tabaco pela falsa crença no alívio que este pode proporcionar.

Castro e col. (2008) assinalam que, entre mulheres depressivas, o cigarro funciona como automedicação, na medida em que é usado muito mais como uma forma de alívio para os sintomas da depressão do que pela busca pura e simples do prazer que pode oferecer. Também, a crença de que cessar o consumo de tabaco provoca aumento de peso constitui um fator negativo para o abandono do hábito de fumar. Prevê-se que, se nenhuma estratégia específica para o gênero for utilizada, cerca de 20% das mulheres do mundo, no ano 2025, serão fumantes. (FOCCHI, 2006).

Atualmente, o hábito de fumar é crescente entre adolescentes de 13 e 15 anos de idade. A juvenilização do tabaco está associada à atuação da mídia com propagandas de produtos derivados do tabaco associando-o a situações de sucesso e poder, à crença de que cigarro mantém o peso e a silhueta adequada aos padrões de beleza atuais, favorecendo o início cada vez mais precoce do ato de fumar.

Conforme apontam Borges e Simões-Barbosa (2009), a tendência da pauperização do tabagismo está associada ao fato de que a maioria dos fumantes (80%) se encontra em países pobres. O empobrecimento está fortemente associado à falta

de conhecimento dos problemas de saúde que o cigarro causa para a saúde individual e coletiva, aumentando em até cinco vezes a probabilidade de as pessoas com baixo nível de escolaridade e renda se tornarem usuários de tabaco e outras drogas.

A feminização do tabaco é uma realidade. Dados epidemiológicos atuais assinalam que o uso globalizado do tabaco é responsável por quase cinco milhões de mortes anuais em todo o planeta e por cerca de 500 mil mortes de mulheres (BORGES; SIMÕES-BARBOSA, 2009). No Brasil, a mortalidade decorrente do tabaco alcança anualmente 200.000 casos (ALDRIGHI et al., 2005). De um modo geral, a sociedade condena a mulher que mantém tal conduta durante a gravidez. Estereótipos e preconceitos em relação à mulher tabagista podem influenciar na busca de tratamento, causando danos irreparáveis para mãe e filho(a).

### Implicações do tabagismo ativo

Hoje o tabagismo encontra seu lugar no Código Internacional de Doenças (CID-10), o que significa que a comunidade científica está voltada para o estudo desta doença que ganhou status de epidemia. O estabelecimento da relação câncer de pulmão e cigarro está firmada há 60 anos. Silva et al. (2008) estudaram as diferenças de gênero na tendência de mortalidade por câncer de pulmão analisando informações coletadas do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. Observaram que o câncer de pulmão é a segunda causa de morte por câncer em mulheres e que a mortalidade por câncer de pulmão no período de 1979-2003 aumentou em 29% para os homens e em 86% para mulheres, estabilizando-se posteriormente.

Wünsch Filho et al. (2010) fizeram um levantamento da prevalência dos agravos à saúde decorrentes do uso de cigarros e da poluição ambiental por eles provocada e encontraram que 90% dos cânceres de pulmão, 75% das bronquites crônicas e 25% dos casos de doenças isquêmicas estão comprovadamente relacionados ao tabagismo. Menezes et al. (2002) que, em seus estudos, avaliaram riscos de determinados cânceres em estudo de caso controle, concluíram que a cessação total do tabagismo levaria à prevenção de 54% de câncer de esôfago, 71% de câncer de pulmão e 86% de câncer de laringe.

A incidência de doenças tabaco dependentes se mostra mais elevada em pessoas do sexo masculino. Esse dado tem sido explicado pelo fato de, historicamente, as mulheres terem começado a fumar posteriormente aos homens. Entre os vários distúrbios provocados pelo tabaco para homens e mulheres têm destaque as doenças do aparelho cardiorrespiratório, que se manifestam como aterosclerose, angina pectoris, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, aneurismas, bronquite crônica, enfisema pulmonar, pneumotórax espontâneo, insuficiência cardiorrespiratória, asma, infecções respiratórias, etc., resultantes das alterações provocadas como o aumento da pressão arterial, da frequência cardíaca, a elevação de colesterol e triglicérides, aumento da viscosidade sanguínea, lesão da parede vascular e comprometimento da vasodilatação das artérias (FOCCHI, 2006). Maior frequência de hospitalizações, aumento do risco de morte prematura e de limitações físicas foram encontradas por Castro et al. (2010). No trato digestivo, a nicotina aumenta o refluxo gastroesofágico alterando o PH do esôfago e do estômago, elevando a acidez e, ainda altera o epitélio gástrico, diminuindo a secreção do bicarbonato e provocando mais acidez. Portanto, nos fumantes é comum esofagite de refluxo e úlceras pépticas (ROSEMBERG, 2003).



Lotufo (2007), em suas pesquisas em uma escola em São Paulo, Brasil, constatou que 1% das crianças entre 7 e 10 anos já havia fumado um cigarro inteiro e que entre 11 e 14 a porcentagem subia para 5%, concluindo que o tabagismo está se tornando uma doença pediátrica.

### **Agravos específicos à saúde da mulher**

De acordo com os artigos analisados, mais de meio milhão de mulheres morrem anualmente em consequência do consumo do tabaco. O câncer de mama em mulheres encontra aumento de incidência em função das muitas substâncias cancerígenas do cigarro. Alterações no ciclo menstrual como dismenorreia (dor pélvica durante a menstruação) e antecipação da menopausa (perda da atividade hormonal dos ovários em mulheres entre 45 e 50 anos) são alterações provocadas pela nicotina. Em função de causar disfunção estrogênica, também provoca redução da densidade mineral óssea, por alteração do metabolismo do cálcio, aumentando os riscos de fratura nas mulheres tabagistas (ALDRIGHI et al., 2005). Em consequência do aumento da viscosidade do sangue há potencial de risco de morbidade e mortalidade entre as mulheres usuárias de anticoncepcionais orais e tabagistas. O risco de moléstia tromboembólica é quatro vezes maior em tabagistas acima de 35 anos (ACHUTTI, 2001), sendo contra indicado o uso simultâneo de tabaco e pílulas anovulatórias para mulheres nesta faixa etária.

Com relação ao ciclo reprodutivo, os efeitos nocivos do tabagismo podem ser detectados durante todo o ciclo gravídico-puerperal. As graves repercussões que o fumo traz para a gestante e seu feto são largamente avaliadas no seu aspecto clínico. Leopércio e Gigliotti (2004), em um estudo de revisão,

encontraram dados que afirmam que o tabagismo na gestação é responsável por 20% dos casos de recém-nascidos com baixo peso ao nascer, 8% dos casos de prematuridade e 5% de todas as mortes perinatais. Essas alterações se devem à má circulação determinada pela vasoconstrição e pela formação de carboxiemoglobina, aderência do monóxido de carbono do cigarro à hemoglobina. Mello, Pinto e Botelho (2001), em uma revisão bibliográfica a respeito de fertilidade e tabagismo, encontraram que as tabagistas também têm maior risco potencial de apresentar gravidez ectópica, segunda causa de mortalidade materna e principal causa no primeiro trimestre de gestação.

Outras complicações dizem respeito ao descolamento prematuro da placenta e placenta prévia, variando a incidência, de acordo com o número de cigarros fumados por dia (ACHUTTI, 2001). Na gestação, quando a mulher fuma, a nicotina é encontrada no líquido amniótico, cordão umbilical e no sangue do feto, pois o tabaco atravessa rapidamente a placenta; assim, é como se o feto fosse um fumante ativo ficando exposto a uma série de malefícios: baixo peso ao nascer, baixa estatura, redução do perímetro cefálico e torácico, deformidades de extremidades, rins policísticos, defeito do septo aortopulmonar, síndrome da morte súbita infantil e tendência à síndrome de Down. (FOCCHI, 2006).

Problemas no desenvolvimento neuropsicomotor, hiperatividade, déficits de compreensão verbal e memória, inibição de resposta e cálculo aritmético em crianças geralmente estão associados ao tabagismo durante a gestação. A fisiopatologia desses transtornos está relacionada à ação da nicotina interagindo com receptores de acetilcolina, presentes precocemente no sistema nervoso do feto (FOCCHI, 2006). Há também risco de malformações congênitas (lábio leporino, estrabismo, etc.)

e futuras manifestações oncogênicas na infância. (ROSEMBERG, 2002).

## Implicações do tabagismo passivo

A poluição ambiental resultante do tabagismo tem dois agentes: a fumaça exalada pelo fumante (corrente primária ou principal) e a fumaça resultante da queima da ponta do cigarro (corrente secundária). Pessoas não fumantes, mas que convivem diariamente com pessoas fumantes quer no espaço domiciliar, trabalho, escolas ou em ambientes públicos fechados estão sujeitas ao impacto dos agentes nocivos do tabaco. (WÜNSCH FILHO et al., 2010).

Em *Pandemia do tabagismo: enfoques históricos e atuais*, Rosemberg (2002) observa que a mulher, ao deixar a antiga posição de esposa e mãe para ocupar um lugar no mercado de trabalho, ampliou com o ambiente profissional, a sua exposição ao tabagismo passivo aumentando os riscos de incidência de agravos à sua saúde. Comparando-se a incidência de câncer de pulmão em esposas de maridos fumantes com esposas de maridos não fumantes, a diferença é de vinte por cento a mais de câncer para as fumantes passivas. (ROSEMBERG, 2003).

A doença de Buerger (tromboangeíte obliterante) é uma doença obstrutiva de natureza inflamatória, que ocorre particularmente em homens e é relacionada exclusivamente ao tabagismo. O aumento da incidência dessa doença entre mulheres não fumantes convivendo com companheiros que consomem grande quantidade diária de cigarros é uma realidade atual. (ROSEMBERG, 2002).

Nas gestantes não fumantes expostas ao tabagismo passivo, são encontradas substâncias tóxicas como a cotinina (um metabólito da nicotina) e a nicotina no sangue, no líquido am-

niótico e no cordão umbilical, o que significa agravos à sua saúde e à do feto. (ROSEMBERG, 2003). Como fumante passiva, a criança está suscetível a diversas patologias: bronquiolite, bronquite, pneumonia, asma, otite, amigdalite, sinusite, surdez, menor estatura e maior risco de câncer na vida adulta.

Além disso, a nicotina é rapidamente excretada no leite materno, portanto, o lactente de mãe fumante recebe agentes nocivos tanto pelo leite como pela fumaça do cigarro. Mello, Pinto e Botelho (2001) realizaram uma revisão bibliográfica a respeito do tema e confirmaram este dado, pois encontraram que lactentes de mães fumantes têm níveis de cotinina 10 vezes maiores que filhos de mães fumantes que não amamentaram. Orienta-se, às mães tabagistas, em função da meia vida curta da nicotina (uma hora e meia), amamentar após duas horas da última fumada, reduzindo o risco da criança receber a nicotina pelo leite materno (MELLO; PINTO; BOTELHO, 2001; LOTUFO, 2007). Gonçalves-Silva et al. (2005, 2006 e 2009) realizaram três diferentes estudos sobre tabagismo no domicílio, focalizando as consequências do tabagismo materno com relação à estatura e a doenças respiratórias em crianças menores de cinco anos e à desnutrição em lactentes.

Com relação à estatura, foi confirmada a ocorrência de uma menor estatura entre filhos de mães fumantes do que em filhos de mães não fumantes. O tabagismo no domicílio foi a variável que apresentou maior associação com doença respiratória nas crianças, sugerindo que quanto maior a exposição (em relação ao número de tabagistas no domicílio) maior a incidência de agravos. Com relação ao terceiro trabalho de Gonçalves-Silva et al. (2009), abrangendo a desnutrição e o tabagismo passivo em lactentes, este estudo mostrou que o tabagismo da mãe se mostrou associado negativamente ao estado nutricional das crianças.

## Formas de tratamento

A complexidade do tratamento do tabagismo está relacionada com questões de ordem fisiológica, social e cultural em relação ao uso do tabaco. Santos et al. (2008) realizaram um estudo com 203 fumantes atendidos no Núcleo de Apoio à Prevenção e Cessação do Tabagismo (PrevFumo) da Universidade Federal de São Paulo pretendendo definir o perfil do fumante que procura tratamento. A importância de se definir perfis é a de ajustar os programas de tratamento às necessidades específicas de cada grupo.

O perfil encontrado nesse estudo mostra: predominância do sexo feminino, faixa etária média de 45,3 anos, situação econômica estável, elevado grau de escolaridade, início do tabagismo em média com 16 anos, tempo médio de dependência de nicotina de 30 anos e consumo médio de 30 cigarros por dia.

Quanto à motivação para a procura pelo tratamento, Eckerdt e Webster (2010), em pesquisa realizada em Florianópolis na qual foram entrevistadas mulheres participantes de um grupo de tabagistas, a busca pelo tratamento se deu após iniciarem os sintomas que denunciavam prejuízo à saúde causados pelo ato de fumar.

Focchi (2006) ressalta que a gestação é um momento oportuno para incentivar a cessação de fumar em função da maior motivação, seja por razão de receio dos efeitos nocivos à saúde, seja por pressões sociais. Portanto, é oportuno que, durante o pré-natal, sejam realizadas intervenções de prevenção. Leopércio e Gigliotti (2004) apontam que programas de tratamento específicos para gestantes seriam menos onerosos que os orçamentos para o tratamento dos agravos das crianças, verba esta que poderia ser utilizada em programas de prevenção do uso e da recaída.

## Tratamento farmacológico

No artigo “Consenso sobre o tratamento da dependência de Nicotina”, Marques et al. (2001), quando se referem ao tratamento farmacológico, apontam como opções de primeira linha a utilização de Bupropiona e o tratamento de reposição de nicotina (TRN). A Bupropiona é um antidepressivo que age diminuindo a “fissura”; já a terapia de reposição de nicotina tem por objetivo aliviar os sintomas de abstinência e é considerada mais segura que fumar, uma vez que o indivíduo não fica exposto aos outros componentes tóxicos do cigarro. Essas duas opções terapêuticas são confirmadas por outros autores como Focchi e Braun (2005), Focchi, Malbergier e Ferreira (2006) e Laranjeira et al. (2003).

Conforme Rosemberg (2003), nas mulheres, a síndrome da abstinência é mais forte e a resposta ao tratamento com reposição de nicotina é menor, sendo a recaída mais rápida e mais frequente também. Fatores emocionais e aumento de peso frequentemente desestimulam as mulheres a parar com o cigarro. A maioria dos artigos ressalta uma contraindicação para a Terapia de Reposição da Nicotina em mulheres gestantes ou amamentando, uma vez que o feto vai receber a nicotina via transplacentária ou via leite materno.

## Tratamentos não farmacológicos

Pressman, Carneiro e Gigliotti (2005), no artigo “Tratamentos não farmacológicos para o tabagismo”, revisaram os princípios e a efetividade das técnicas não farmacológicas para o tratamento do tabagismo, observando que medidas psicossociais são essenciais para o tratamento do fumante. Ressaltam o aconselhamento médico, materiais de autoajuda, terapia

comportamental e abordagem familiar como recursos a serem utilizados. Abordagem em grupo recebe maior aderência por parte dos tabagistas.

## Considerações finais

A análise dos artigos sobre o tabagismo feminino, embora limitada, confirma a antiguidade, complexidade e disseminação do hábito de fumar entre mulheres e evidencia a influência de construções sociais e culturais em relação ao comportamento de homens e mulheres, em diferentes sociedades, na prevalência e incidência do tabagismo na população feminina.

Os dados analisados mostram diversas implicações decorrentes do tabagismo ativo e passivo confirmando repercussões diversas para a mulher, na condição de usuária, para seu feto, quando a mesma está grávida, para seus filhos/filhas, demais familiares, comunidade e meio ambiente. Fica evidente a preocupação dos autores com as repercussões para a mulher no ciclo gravídico puerperal devido às repercussões para o feto e as crianças. As formas de tratamento (farmacológico e não farmacológico) registradas salientam a necessidade da implantação de formas de intervenção que atendam, a priori, necessidades específicas de cada mulher nos distintos contextos sociais e culturais em que vivem.

Produzir material científico que registre, denuncie e aponte caminhos para minimizar os efeitos do tabagismo, pode contribuir para se formar um novo olhar sobre esta substância psicoativa lícita, de uso largamente disseminado. De maneira geral, os trabalhos analisados salientam a necessidade de se incluir nos programas de prevenção e tratamento do tabagismo estratégias específicas para o gênero.

## REFERÊNCIAS

ACHUTTI, Aloyzio (Coord.). **Guia nacional de prevenção e tratamento do tabagismo**. Rio de Janeiro: Vitro, 2001.

ALDRIGHI, José Mendes; et al. Tabagismo e antecipação da idade da menopausa. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 51, n. 1, p. 51-3, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v51n1/a20v51n1.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2010.

BORGES, Márcia Terezinha Trotta; SIMÕES-BARBOSA, Regina Helena. As marcas de gênero no fumar feminino: uma aproximação sociológica do tabagismo em mulheres. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 14, n. 4, p. 1129-39, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a14v14n4.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2010.

BORGES, Márcia Terezinha Trotta; SIMÕES-BARBOSA, Regina Helena. Cigarro “companheiro”: o tabagismo feminino em uma abordagem crítica de gênero. **Cadernos de Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2834-42, dez. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?cript=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001200012&lan](http://www.scielo.br/scielo.php?cript=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001200012&lan)>. Acesso em: 14 jul. 2010.

CASTRO, Márcia Regina P.; MATSUO, Tiemi; NUNES, Sandra O. V. Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 67-74, jan./fev. 2010.

ECKERDT, Neusa S.; CORRADI-WEBSTER, Clarissa M. Sentidos sobre o hábito de fumar para mulheres participantes de grupo de tabagistas. **Revista Latino Americana de Enfermagem** [online], Ribeirão Preto, v. 18 (Esp.), p. 641-7, maio/jun. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692010000700022&lang](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000700022&lang)>. Acesso em: 14 jul. 2010.

FOCCHI, Guilherme R. A; BRAUN, Ivan Mário. Tratamento farmacológico do tabagismo. **Rev. psiquiatr. clín.** [online], São Paulo, v. 32, n. 5, p. 267-75, set./out. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-08322005000500003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-08322005000500003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 jul. 2010.



- FOCCHI, Guilherme R. A; MALBERGIER, André; FERREIRA, Montezuma P. **Tabagismo; dos fundamentos ao tratamento**. São Paulo: Lemos, 2006.
- FOCCHI, Guilherme; et al. **Dependência química: novos modelos de tratamento**. São Paulo: Roca, 2001.
- GONÇALVES-SILVA, RMV et al. Tabagismo no domicílio e desnutrição em lactentes. **Revista de Nutrição**, v. 22, n. 1, p. 19-27, fev. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732009000100002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732009000100002)>. Acesso em: 14 jul. 2010.
- GONÇALVES-SILVA, R. M. V.; et al. Tabagismo no domicílio e doença respiratória em crianças menores de 5 anos. **Caderno de Saúde Pública** [online], Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 579-86, mar. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000300013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000300013)>. Acesso em 14 de jul. de 2010.
- LARANJEIRA, Ronaldo; et al. **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento**. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/ Associação Médica Brasileira, 2003. 120 p.
- LEOPERCIO, Waldir; GIGLIOTTI, Analice. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. **J. bras. pneumol.** [online], v. 30, n. 2, p. 176-85, mar./abr. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/Jbpneu/v30n2/v30n2\\_a02.pdf](http://www.scielo.br/pdf/Jbpneu/v30n2/v30n2_a02.pdf)>. Acesso em: 14 jul. 2010.
- LOTUFO, João Paulo B. **Tabagismo, uma doença pediátrica: asma e tabagismo passivo**. São Paulo: Sarvier, 2007.
- MARQUES, Ana Cecilia P. R.; et al. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. **Revista Brasileira de Psiquiatria** [online], São Paulo, v. 23, n. 4, p. 200-14, dec. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n4/7168.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2010.
- MELLO, Paulo Roberto B.; PINTO, Gilberto R.; BOTELHO, Clovis. Influências do tabagismo na fertilidade, gestação e lactação. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 77, n. 4, p. 257-64, jul./ago. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v77n4/v77n4a06.pdf>>.

MENEZES, Ana M. B.; et al. Risco de câncer de pulmão, laringe e esôfago atribuível ao fumo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 129-34, abr. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n2/9202.pdf>>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10. rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

PRESSMAN, Sabrina; CARNEIRO, Elizabeth; GIGLIOTTI, Analice. Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo. **Rev. Psiq. Clín.** [online]. 2005, v. 32, n. 5, p. 267-75. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n5/27701.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2010.

ROSEMBERG, J. **Nicotina; droga universal**. São Paulo: INCA-MS; SES/CVE, 2003. 240p. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/nicotina.pdf>>.

ROSEMBERG, José. **Pandemia do tabagismo**: enfoques históricos e atuais. São Paulo: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, Coordenação dos Institutos de Pesquisa, S.E.S., 2002.

SANTOS, Sergio Ricardo; et al. Perfil de fumantes que procuram um centro de cessação de tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia** [online], São Paulo, v. 34, n. 9, p. 695-701, set. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid)>. Acesso em: 14 jul. 2010.

SILVA, Gulnar A.; et al. Diferenças de gênero na tendência de mortalidade por câncer de pulmão nas macrorregiões brasileiras. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 411-9, set. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2008000300008&lan...](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000300008&lan...)>. Acesso em: 14 jul. 2010.

WÜNSCH FILHO, Victor; et al. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 175-87, jun. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2010000200001&lan](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000200001&lan)>. Acesso em: 14 jul. 2010.

# ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO AO USO E ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA ADOLESCÊNCIA<sup>117</sup>

*Ana Paula Torres Pinheiro*<sup>118</sup>

Um dos grandes responsáveis por influenciar muitos autores a descreverem a adolescência como um período natural de desenvolvimento humano marcado por crises e transformações biopsicossociais foi Erik Erickson (1976). No entanto, é importante deixar claro, conforme afirma Sergio Ozella (2002), que as mudanças observadas e o conceito de adolescência sofrem influências individuais e do meio sociocultural em que o jovem está inserido. Na verdade, a adolescência é concebida como uma construção social surgida somente a partir do século XVIII.

No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apresentados em 2002 (BRASIL, 2010), os adolescentes e jovens de 10 a 24 anos – idade estabelecida pelo Ministério da Saúde – correspondem a 30,3% do total populacional. Tal realidade aponta para a importância de uma atenção especial a esse segmento etário, o qual, além de numeroso, se destaca como vulnerável a problemas como gra-

---

<sup>117</sup> Trabalho de conclusão do Curso de Especialização “Psicoativos: seus usos e usuários” do CETAD/UFBA – Salvador, 2009. Orientadora: Monica Coutinho.

<sup>118</sup> Psicóloga. Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem – Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Especialista em Psicologia Hospitalar pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Especialista em Atenção Integral ao Uso e aos Usuários de Álcool e outras Drogas - CETAD/UFBA.

videz não planejada, violência (autor e vítima), DST/AIDS, além do uso e abuso de substâncias psicoativas.

Por se tratar de população heterogênea, o Ministério da Saúde aborda os termos adolescências e juventudes, no plural, visto reconhecer a grande diversidade de experiências e realidades de vida desses grupos etários, em razão de sua orientação religiosa, da situação socioeconômica, do espaço geográfico onde reside, orientação sexual, grau de instrução, etnia, gênero e demais fatores que interferem diretamente no estilo de vida e na forma de ser e de pensar de cada um. Essas diferenças se traduzem em fatores de risco e de proteção à saúde dos adolescentes contribuindo para o aumento ou a diminuição de vulnerabilidades. Para Ivonete Sacramento et al. (2010), o aumento significativo de jovens brasileiros na virada do século não foi acompanhado do atendimento às necessidades da referida população, havendo carência de segurança, emprego, educação de qualidade e de políticas públicas que visem a melhoria das condições de vida da população.

Marques, Doneda e Serafin (1999) defendem que as condições de vida do sujeito são fatores que o deixam mais exposto a riscos à saúde. No caso da utilização de drogas pelos adolescentes brasileiros, observa-se a insuficiência de serviços de saúde e o despreparo dos profissionais para o atendimento à clientela adolescente; um sistema educacional público fragilizado e possibilidades escassas de inclusão em um mercado de trabalho formal que ofereça salários dignos e boas condições de trabalho com perspectivas futuras de independência financeira.

### **A utilização de substâncias psicoativas na adolescência**

Costuma-se perguntar o que poderia levar um sujeito a fazer uso de substâncias psicoativas, principalmente, diante de tantas propagandas informativas e de conteúdos que asso-

ciam seu uso à desestruturação individual, familiar e social. Para Freitas (2002), não existe um motivo isolado, mas sim um conjunto de situações de vida que podem favorecer ou inibir o uso indevido, denominado de fatores de risco e de proteção, os quais podem estar presentes no indivíduo, na família, na escola e na comunidade. Esses fatores não determinam o uso ou não de drogas, mas aumentam ou diminuem a probabilidade de ocorrência ou o agravamento de sua utilização.

Freitas (2002) ressalta que existem diversos fatores, próprios do indivíduo ou presentes no meio ambiente onde o jovem está inserido, que podem facilitar ou dificultar a sua utilização ou o abuso de drogas, cabendo aos familiares, à comunidade e à escola identificarem os mesmos, reforçando os fatores de proteção e desenvolvendo ações que possam minimizar os fatores de risco para o uso abusivo de drogas. Essa identificação pressupõe um conhecimento, no mínimo, razoável, sobre as razões que levam adolescentes a fazer uso de substâncias psicoativas.

Segundo Olievenstein (1988), a dependência das drogas possui várias causas individuais, familiares, sociais e/ou institucionais e resulta do encontro de três fatores: o sujeito, com suas crenças, personalidade, história de vida e valores; o produto utilizado – a droga e suas características e efeitos no organismo; e o contexto sociocultural no qual o sujeito está inserido que é determinante da sua qualidade de vida. Isso quer dizer que a forma como os indivíduos utilizam as drogas, seus efeitos sobre o usuário, não dependem apenas da substância utilizada, mas também das características pessoais do indivíduo e do meio ambiente onde se insere. Dessa forma, é importante compreender as razões que motivam o sujeito a fazer uso da droga, em quais situações ele a utiliza e quais significados tem para ele.

O usuário deve ser visto como um sujeito e não como um objeto passivo à substância, conforme se observa no imaginário social. Nery Filho (1986 apud LIMA, 1994) afirma que, na adolescência, a droga pode ser usada como ritual de passagem, para testar as possibilidades do seu corpo e buscar a própria identidade através da assimilação dos costumes do grupo e para suportar as questões sociais como a miséria e a falta de perspectivas de vida futura.

Nery Filho e Torres (2002) ressaltam que, na atualidade, a perda dos referenciais históricos e culturais somada às modificações das estruturas familiares e ao declínio de ideais, tem contribuído para que os jovens se sintam cada vez mais solitários e com dificuldade de se inserir na sociedade como indivíduos adultos. Nesse contexto, a utilização de drogas caracterizada como “uso adolescente” seria uma forma de suprir a carência dos rituais de passagens da infância para a fase adulta e de estabelecer novos laços sociais fora do seu ambiente familiar. Este tipo de uso poderia ter uma função transitória em que a droga seria posteriormente abandonada e o sujeito acabaria por assumir posturas próprias da idade adulta. (TAVARES, 2004).

No entanto, para determinados jovens, a impossibilidade da passagem da infância para a fase adulta, decorrente das dificuldades encontradas tanto a nível pessoal como familiar, acaba por fazer da droga um importante instrumento de alívio de angústia e sofrimento, gerando no sujeito a necessidade de um uso intenso, contínuo, descontrolado e com doses cada vez maiores caracterizando uma dependência química.

O consumo de drogas na adolescência não deve ser considerado um fenômeno irresponsável ou simples, visto que envolve aspectos psicológicos e sociais bem definidos e de suma importância para os jovens, adverte Nery Filho (1999). Os con-

flitos internos e incertezas quanto ao próprio futuro associados aos embates com os familiares, onde há excessos de cobrança por um lado e proibições por outro (por não ser mais criança e ainda não ser um adulto), geram no adolescente sofrimento e necessidade de transgredir.

No Brasil, Feffermann e Figueiredo (2006) afirmam que a má distribuição de renda acaba por gerar profundas desigualdades socioeconômicas das quais a juventude é a maior vítima, pois tornam as oportunidades de educação, trabalho e bens de consumo diferenciadas para as classes sociais e geram um “mal-estar” que, muitas vezes, é suportado pelos jovens através de estratégias dentre as quais o uso de substâncias psicoativas.

Apesar de a utilização de drogas atingir os grupos populacionais como um todo, a abordagem direcionada para crianças e adolescentes, pelas especificidades deste período de vida, deve ter um olhar e um manejo diferenciados, sendo importante focar a singularidade de cada um, a história de vida individual e familiar e o contexto socioeconômico e cultural em que se insere. (NERY FILHO; TORRES, 2002).

Com relação ao enfrentamento do uso abusivo de drogas, dados estatísticos têm demonstrado que a prevenção seria uma forma mais eficaz e menos onerosa para a sociedade lidar com essa questão do que a estratégia terapêutica curativa, afirma Menezes (2009), visto que o trabalho de recuperação muitas vezes não ultrapassa o índice de 30% e em clínicas de tratamento e nos hospitais-dia é de apenas 12%.

Vale ressaltar que o trabalho preventivo, ao contrário do que se possa imaginar, não deve se restringir à prevenção primária, quando o indivíduo ainda não faz uso de drogas, até porque a grande maioria dos jovens faz ou já fez uso de algum tipo de substância psicoativa na vida, seja ela lícita ou ilícita.

Conforme afirma Conceição (2010), a prevenção secundária se destina ao diagnóstico e tratamento precoce do grupo populacional que se encontra em situação de risco. Já a terciária se refere a um conjunto de ações realizadas a partir de um problema já existente, buscando-se evitar prejuízos adicionais além de melhorar a qualidade de vida do sujeito através da integração social com participação comunitária, da retomada das atividades laborativas e do reforço dos laços familiares. (OMS, 1992 apud NOTO; SILVA, 2002).

Observa-se, ao longo da história, que, dentre os modelos de prevenção, as principais abordagens estavam focadas na informação e na repressão. No Brasil, a preocupação com a prevenção se deu em razão da percepção de que os gastos com a repressão e a recuperação de usuários abusivos e de dependentes de drogas têm sido elevados e onerosos para o país e não têm conseguido solucionar sequer diminuir o consumo e os problemas da violência a ele associados. Por essa razão, o governo passou a voltar suas ações também para a prevenção, havendo uma atenção especial aos fatores de proteção e de risco para o uso/abuso de substâncias psicoativas. (BRASIL, 2001).

### Modelos de prevenção para adolescentes

Em todo o mundo, o modelo proibicionista baseado na repressão tem, historicamente, recebido um alto investimento financeiro destinado ao aumento do controle social. No entanto, a permanência da utilização de drogas e o aumento de seu consumo com o aparecimento, inclusive, do tráfico e da violência a ele associada, evidenciam a sua ineficácia. Cardoso (2003 apud SUDBRACK; CESTARI, 2010) afirma que os tratamentos tradicionais destinados ao usuário de drogas baseados no modelo



biológico da doença e a visão do mesmo como perigoso e vítima de um mal incurável, teriam embasado o modelo repressivo-moral, centrado na construção de uma identidade negativa do sujeito, na regulação de seu corpo e na sua culpabilização pela criminalidade.

Outro modelo de prevenção bastante conhecido e utilizado diz respeito ao fornecimento de informações sobre drogas. Em passado recente, segundo Noto e Silva (2002), as informações tinham como base o amedrontamento, enfocando os prejuízos decorrentes da utilização das drogas. Essa abordagem, apesar de ter se mostrado ineficaz, o que é um fato comprovado pelo aumento da utilização de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, continua sendo difundida pelos meios de comunicação, conforme se pode observar em propagandas televisivas e em outdoors, no ano de 2010, contra a utilização do crack, baseadas no jargão: “Crack mata”.

Defende Conceição (2010) que, até o momento, os modelos de prevenção têm enfatizado a informação e a mudança de atitude, o que ele considera uma ação simplista e ingênua, e o trabalho tem sido realizado por meio de campanhas isoladas e sem a participação ativa dos grupos comunitários organizados. Acrescenta que as campanhas têm se limitado a dar informações simplistas utilizando frases negativas do tipo “Não à droga” ou “Droga mata”, havendo lacunas entre aquilo que é informado e a necessidade de conhecimento sobre o tema por parte do público-alvo.

Em uma revisão na literatura internacional, Carlini Cotrim e Pinsky (1989) verificaram a existência de três propostas distintas de linhas de atuação nas escolas, sendo elas: o aumento do controle social; o oferecimento de alternativas; e a educação. Tais modelos têm sido aplicados em vários países do mundo, sendo observado que o modelo que tem alcançado

resultados mais positivos para um país pode não servir para outros, visto a grande diferença de cultura e da realidade socioeconômica existente entre os povos.

Para Conceição (2010), a instituição escolar é um cenário privilegiado para a execução dos modelos de prevenção visto que permite um tempo prolongado de ação em uma população em que não há muita oscilação de integrantes. Além disso, sua estrutura facilita o desenvolvimento contínuo dos programas e pode incluir não apenas crianças e adolescentes como também seus familiares, comunidade e profissionais. O autor esclarece, no entanto, que os programas não devem se limitar à redução dos fatores de risco e, sim, enfatizar comportamentos de promoção da saúde, que são fatores de proteção para a prevenção ao uso/abuso de drogas.

No Brasil, vem sendo desenvolvidas, como estratégias de governo, o Projeto “Saúde e Prevenção nas Escolas” (SPE) e o Programa “Saúde na Escola” (PSE), com o intuito de aproximar a Saúde e a Educação, como forma de melhorar a qualidade de vida dos adolescentes e jovens e torná-los menos vulneráveis às questões ligadas à gravidez precoce e não planejada, às DST/AIDS e à utilização abusiva de substâncias psicoativas. Tanto o Programa quanto o Projeto enfatizam a importância de construir uma parceria entre a Educação e a Saúde, com o envolvimento das Organizações Não Governamentais (ONGs) e dos próprios adolescentes e seus familiares em sua elaboração, execução e avaliação, visando melhorar a qualidade de vida dos adolescentes, promovendo um estilo de vida saudável e uma maior aproximação do jovem às unidades básicas de saúde para tratar de aspectos preventivos. (BRASIL, 2010).

Observa-se que os trabalhos mais recentes desenvolvidos pelo governo já têm evoluído para uma visão sobre a importância da parceria entre: a) os jovens, visto que conhecem suas

próprias necessidades e em razão dos programas serem destinados a eles; b) os pais dos alunos, para que falem a mesma linguagem e possam compreender melhor a forma de ajudar seus filhos e os objetivos do trabalho desenvolvido nas escolas; c) os profissionais de saúde, muitas vezes despreparados para lidar com adolescentes, em razão da pouca procura aos postos de saúde; e d) os professores, carentes de um conhecimento mais aprofundado sobre a saúde do adolescente e do jovem e de como ajudá-los a ter uma vida mais saudável e menos exposta a riscos e agravos. Contudo, na prática, tanto o SPE quanto o PSE ainda estão muito focados na prevenção às DST/AIDS e no cuidado à saúde física dos alunos por parte dos profissionais de saúde.

Podemos somar a isso o fato de que os profissionais de saúde e educação ainda carecem de capacitação para trabalhar questões relacionadas ao uso de drogas e poucos municípios do Estado da Bahia possuem Grupos Gestores Municipais do SPE responsáveis pelas articulações entre a saúde e a educação. Com relação ao PSE, os vários municípios que aderiram ao Programa ainda não sabem ao certo como conduzir suas ações, uma vez que se trata de algo ainda novo para eles. Diante disso, observa-se a necessidade de esperar que essa nova estratégia de prevenção se fortaleça e apresente resultados mais significativos, sendo interessante pensar na possibilidade de inclusão de outras secretarias, como a de Ação Social e da Justiça.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a prevenção secundária se refere a um conjunto de ações que procura evitar a ocorrência de complicações para as pessoas que fazem uso ocasional de drogas e que apresentam um nível relativamente baixo de problemas. Esse tipo de intervenção tem como objetivo a sensibilização quanto aos riscos da utilização das

substâncias, procurando favorecer a mudança do comportamento através de novas atitudes e escolhas mais responsáveis. Por outro lado, essa estratégia tem seus obstáculos, visto que muitos usuários não dependentes não procuram ajuda em serviços especializados por não perceberem qualquer prejuízo imediato causado à sua saúde e por sentirem muito prazer com a utilização da droga. (1992 apud NOTO, SILVA, 2002).

Como modelo de prevenção terciária, temos as ações da Redução de Danos (RD) que, segundo Andrade (2002), são orientadas por três princípios básicos: o *pragmatismo*, a *tolerância* e a *diversidade*: *pragmatismo*, porque seus objetivos são muito claros: prevenir agravos à saúde e preservar a vida de milhares de pessoas que possam estar expostas a infecções durante o uso das drogas, mantendo-se firme apesar das contestações de ordem moral, religiosa e preconceituosa; *tolerância*, porque se baseia no respeito ao usuário e em seu livre arbítrio; e *diversidade*, porque se vale de diversas formas de prevenção de agravos seja a troca de seringas descartáveis, a distribuição de preservativos e folhetos informativos sobre doenças sexualmente transmissíveis e a terapia de substituição de drogas, dentre outras.

No que se refere à RD, no âmbito escolar, como agente de promoção da saúde e educação, Morgan, Riley e Cheshier (1993 apud FEFFERMANN; FIGUEIREDO, 2006) consideram a estratégia uma forma humanista, pragmática e científica de atuar junto aos jovens, preconizando o diálogo aberto sobre os direitos das pessoas de tomarem suas próprias decisões, enfatizando o apoio positivo das pessoas usuárias que lhes são próximas ao invés do seu afastamento. Para os autores, essa estratégia ajudaria a juventude a desenvolver uma avaliação crítica das coisas, melhorando a comunicação, auxiliando na resolução de conflitos e na tomada de decisões.

Para Figueiredo (2002 apud FEFFERMANN; FIGUEIREDO, 2006), a Redução de Danos busca trazer para o meio escolar, familiar ou comunitário, práticas educativas pautadas na realidade e na emancipação do sujeito, agregando o conhecimento científico a um estilo de vida mais saudável. A estratégia educativa deve partir do princípio de que a droga já está presente na vida dos jovens seja como usuários seja na relação com outras pessoas ou ligada a temas de seu interesse. Dessa forma, trata-se de uma ferramenta de prevenção, visto que exige uma articulação da atuação prática, de conduta individual ou coletiva, sem submeter os sujeitos a modelos rígidos e respeitando as diferenças individuais com a promoção da saúde para todos.

Apesar de a RD ser uma ação voltada para a valorização da vida, ainda vem enfrentando vários preconceitos, sendo muitas vezes confundida com um estímulo ao uso de drogas. Além disso, em razão de ainda se focar a não utilização de substâncias ilícitas por parte da população, o que é reforçado pelas leis nacionais, a maioria dos recursos financeiros tem sido voltada para a prevenção primária e para a repressão. No caso desta última, é preciso conscientizar a polícia de que o usuário é, antes de tudo, um ser humano, que tem direito a utilizar o seu corpo da forma como lhe convém e que necessita, como qualquer cidadão, de cuidados com a sua saúde, sem que isso lhe seja imposto.

## Considerações

A revisão bibliográfica trazida mostra que, como forma de tentar conter o uso/abuso de drogas, em especial em adolescentes e jovens, vários modelos têm sido experimentados ao longo da história, principalmente aqueles baseados na repressão e no amedrontamento. No entanto, existem modelos que

compreendem a importância de um trabalho conjunto com os pais, os profissionais de saúde e de educação e demais setores da sociedade civil, levando-se em conta as necessidades e realidades de vida das juventudes brasileiras. Esses modelos ainda precisam ser consolidados e as parcerias necessitam realmente acontecer de forma intersetorial para apresentar resultados mais significativos.

Com relação à estratégia da RD, foi observado que, após a mudança na legislação brasileira sobre drogas, em 2006, esta tem conquistado maior espaço, respeito e visibilidade por parte de profissionais e gestores, sendo enfatizada a sua importância para evitar agravos à saúde do usuário e da população de uma forma geral, respeitando-se o seu direito ao uso do próprio corpo, sem a imposição da abstinência.

É importante ressaltar que o trabalho em parceria entre saúde, educação, comunidade e família é fundamental, devendo ainda ser cobradas políticas públicas efetivas, com garantia de melhor qualidade na educação e lazer, bem como na saúde da população juvenil, oferecendo a esse segmento oportunidades de desenvolvimento físico e intelectual saudáveis, reforçando assim a sua autoestima, seus projetos de vida e suas perspectivas de um futuro melhor.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Tarcisio Matos de. Redução de danos: um novo paradigma? In: CETAD/UFBA; CPTT/Prefeitura de Vitória-ES; ACODESS. (Org.). Entre riscos e Danos: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas. Paris-France: Editions Scientifiques ACODESS, 2002. p. 83-6.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Centro de Referência do Adolescente Isabel Souto – CRADIS. **Guia 2: Sexualidade do Adolescente**, 2004. Projeto: “Adolescência Hoje”.

BRASIL. Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas. **Política Nacional Antidrogas**. DOU, n. 165, 27 ago. 2002. Brasília: Presidência da República, 2001. Disponível em: <[http://bvmsms.saude.gov.br/bvms/publicacoes/PNAD\\_VersaoFinal.pdf](http://bvmsms.saude.gov.br/bvms/publicacoes/PNAD_VersaoFinal.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal; saúde, um direito de adolescentes**. Brasília, Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://www.adroga.casadia.org/prevencao/adolescencia-drogas-i.htm>>. Acesso em: 10 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde na Escola**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=29109&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=29109&janela=1)>. Acesso em: 5 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional do Adolescente e do Jovem**. 22 abr. 2007. Disponível em: <[http://www.conass.org.br/admin/arquivos/politica\\_sadol\\_22\\_4\\_07\\_refeita\\_financiamento.pdf](http://www.conass.org.br/admin/arquivos/politica_sadol_22_4_07_refeita_financiamento.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2010.

CONCEIÇÃO, Adaylton de Almeida. **Prevenção contra as drogas: como prevenir contra o uso de drogas**. Disponível em: <<http://br.monografias.com/trabalhos/drogas-prevencao/drogas-prevencao.shtml>>. Acesso em: 5 jul. 2010.

CARLINI COTRIM, Beatriz; PINSKY, Ilana. Prevenção ao abuso de drogas na escola: uma revisão da literatura internacional recente. **Caderno de Pesquisa**, São Paulo, n. 69, p. 48-52, maio 1989. Disponível em: <<http://educa.fcc.org.br/pdf/cp/n69/n69a05.pdf>>.

ERIKSON, Erik. **Identidade, juventude e crise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

FEFFERMANN, M. **Vidas arriscadas**. São Paulo, 2004. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

FEFFERMANN, Marisa; FIGUEIREDO, Regina. Redução de Danos como estratégia de prevenção de drogas entre jovens. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, Instituto de Saúde – SES, n. 40, dez. 2006. Disponível em: <[http://nepaids.vitis.uspnet.usp.br/wp-content/uploads/2010/04/reginamf\\_reducaodanos.pdf](http://nepaids.vitis.uspnet.usp.br/wp-content/uploads/2010/04/reginamf_reducaodanos.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2010.

FREITAS, Carmem. **As drogas na adolescência; formação de multiplicadores de informações preventivas sobre drogas.** Secretaria Nacional Sobre Drogas – SENAD. Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

LIMA, Ivete Torres. **Drogas; o que diz o adolescente autor de ato infracional.** Curso de Pós- Graduação em Atendimento Especializado para Criança e Adolescente – Escola de Serviço Público; FUNDESP; Universidade Católica do Salvador – UCSAL, 1994.

MARQUES, Luiz Fernando; DONEDA, Denise; SERAFIN, Denise. O uso indevido de drogas e AIDS. In: SCHOR, Nélia; TABOSA MOTA, Maria do Socorro F.; CASTELO BRANCO, Viviane (Orgs.). **Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento.** Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Políticas de Saúde, 1999. v. 1.

MENEZES, Sueli. Adolescência e Drogas I. **Revista de Psicologia Catharsis** [online]. Disponível em: <[http://www.revistapsicologia.com.br/materias/pontoDeVista/m\\_pontodevista\\_adolescenciadrogas.htm](http://www.revistapsicologia.com.br/materias/pontoDeVista/m_pontodevista_adolescenciadrogas.htm)>. Acesso em: 10 abr. 2009.

NERY FILHO, Antonio; TORRES, Inês Maria Antunes Paes. **Drogas: isso lhe interessa?** Confira aqui. Salvador: CETAD /UFBA/CPTT/PMV, 2002.

NERY FILHO, Antonio; JACOBINA, Ronaldo Ribeiro (Orgs.). **Conversando sobre drogas.** Salvador: Adufba, 1999.

NOTO, Ana Regina; SILVA, Eroy Aparecida da. Dependência química, adolescência e família. In: CONTINI, Maria de Lourdes Jeffery (Coord.); KOLLER, Sílvia Helena (Org.); BARROS, Monalisa Nascimento dos Santos. **Adolescência & Psicologia:** concepções, práticas e reflexões críticas. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2002. p. 92-8. Disponível em: <<http://www.crprj.org.br/publicacoes/cartilhas/adolescencia.pdf>>.

OLIEVENSTEIN, Claude. **A droga:** droga e toxicômanos. São Paulo: Brasiliense, 1988.

OZELLA, Sergio. Adolescência: uma perspectiva crítica. In: CONTINI, Maria de Lourdes Jeffery (Coord.); KOLLER, Sílvia Helena (Org.); BARROS, Monalisa Nascimento dos Santos. **Adolescência & Psicologia:** concepções, práticas e reflexões críticas. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2002. p. 16-24.



SACRAMENTO, Ivonete; et al. **Juventude, cultura, vulnerabilidade e políticas públicas**. Disponível em: <<http://www.artigonal.com/ciencia-artigo/juventude-cultura-vulnerabilidade-e-politicas-publicas-482655.html>>. Acesso em: 10 ago. 2010.

SUDBRACK, Maria Fátima Olivier; CESTARI, Dina Mara. O modelo sistêmico e da educação para a saúde na prevenção da drogadição no contexto da escola: proposta do Projeto Piloto SENAD/MEC e UNB. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DO ADOLESCENTE, 2. São Paulo, 2005. **Anais online...** Disponível em: <[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC0000000082005000200083&lng=en&nrm=abn](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000082005000200083&lng=en&nrm=abn)>. Acesso em: 25 mar. 2010.

TAVARES, Luiz Alberto (Coord.). **Drogas; tempos, lugares e olhares sobre seu consumo**. Salvador: CETAD; EDUFBA, 2004. Coleção Drogas: clínica e cultura.



# MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NO MUNICÍPIO DE SALVADOR - BA<sup>119</sup>

*João Sampaio Martins*<sup>120</sup>

*Patricia Maia von Flach*<sup>121</sup>

## Introdução

Atualmente, a questão do uso de substâncias psicoativas (SPA's) entre crianças e adolescentes tem sido apontada como um grave problema social e de saúde, ganhando destaque na mídia e exigindo respostas dos formuladores e operadores de políticas públicas (PP).

No que tange às PP voltadas para a atenção de crianças e adolescentes, o Estatuto da Criança e do Adolescente, “[...] o ECA (Lei Federal nº 8.069, **de 13 de julho de 1990**), é a diretriz fundamental, devendo servir de base para qualquer projeto de atenção a este público” (RAUPP; COSTA, 2006, p. 5). Ainda no ECA, no que se refere a questões específicas relacionadas ao tratamento de problemas decorrentes do uso de drogas, o ar-

---

<sup>119</sup> Trabalho de conclusão do curso de Especialização “Psicoativos: seus usos e usuários”, CETAD/UFBA, Salvador, 2009. Orientadora: Patricia von Flach.

<sup>120</sup> Psicólogo. Coordenador Geral do Caps AD III Gey Espinheira. Especialista em Atenção Integral ao Uso e aos Usuários de Álcool e outras Drogas - CETAD/UFBA.

<sup>121</sup> Mestre em Saúde Coletiva – ISC/UFBA.

tigo 101, das Medidas Específicas de Proteção, estabelece que toda criança e adolescente tem o direito de

[...] receber orientação, apoio e acompanhamento temporários; requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial, ou inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos. (BRASIL, 2003, p. 36).

No campo da saúde, o movimento da Reforma Psiquiátrica propõe um novo modelo de atenção a pessoas com transtornos mentais através da implantação de uma rede de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Nesse cenário, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm sido os serviços prioritários, funcionando com atenção diária e atendimento segundo a lógica do território, com possibilidades de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo (BRASIL, 2002). Tais serviços são regulamentados pela Portaria GM n° 336/2002 do Ministério da Saúde e estabelecidos em cinco modalidades, de acordo com a complexidade e abrangência populacional: CAPS I, II, III, CAPS ad II e CAPS i II. Os CAPS i devem prestar atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais. (BRASIL, 2004a).

Ao pensar a atenção em saúde para usuários de drogas, o Ministério da Saúde formaliza a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas buscando superar o atraso histórico de não reconhecimento do abuso e/ou dependência de substâncias como um problema de saúde pública. Nesse sentido, o CAPS ad II se configura como um importante dispositivo de atenção a esse público. (BRASIL, 2004b).

Em 2006, o Ministério da Saúde divulga a Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens, em in-

terface a outras políticas deste Ministério e amplia seu foco de integração para outros setores governamentais e não governamentais, de modo a transversalizar a atenção deste grupo populacional à estrutura e mecanismos de gestão, ações e rotinas do SUS em todos os níveis. Esta Política deve ser o parâmetro norteador para as diversas ações, serviços e programas, no campo da saúde de crianças e adolescentes, existentes e a serem implementados nas três esferas de governo, no âmbito das diretrizes do SUS. (BRASIL, 2006).

Alguns estudos epidemiológicos mostram que a iniciação no uso abusivo de SPA's tem ocorrido cada vez mais precocemente, a exemplo do V Levantamento Nacional Sobre Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras (2004b), realizado pelo Centro Brasileiro de Informação Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), em todas as capitais brasileiras, com 48.155 estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino. Esse estudo aponta que a idade do primeiro uso de drogas legais, álcool e tabaco, é menor do que o de outras drogas pesquisadas, com média de 12 anos e 5 meses para álcool e 12 anos e 8 meses para tabaco. (GALDURÓZ et al., 2004b).

Outro levantamento, também realizado pelo CEBRID, em 2003, entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras, o Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras, possibilitou a confecção de um catálogo de instituições voltadas para o atendimento deste público. Nesse material, aparecem quatro instituições em Salvador das quais somente uma oferece abrigo temporário e atendimento noturno, enquanto nenhuma delas oferece internamento para desintoxicação (NOTO; 2004a). Outro aspecto relevante eviden-

ciado por esse Levantamento diz respeito à baixa procura ou à dificuldade de acesso dessa população aos serviços de saúde quando tentam interromper o uso de SPA's. Na cidade de Salvador 48,2% dos entrevistados já tentaram parar de usar drogas, contudo, nenhum deles buscou ou teve ajuda de hospital, posto de saúde ou qualquer profissional da área. (NOTO et al., 2003).

Já o estudo realizado por Raupp e Costa (2006) investigou instituições públicas de tratamento de adolescentes usuários de drogas buscando identificar uma relação, nas práticas institucionais vigentes, como preconizado pelas políticas públicas e pelo ECA. Este trabalho aponta a escassez de locais especializados e de profissionais capacitados como uma das principais dificuldades para atender às demandas singulares desse público, tendo como um dos resultados indesejados o encaminhamento de crianças e adolescentes para internações em locais planejados para adultos. (RAUPP; COSTA, 2006, p. 1-2).

Levando-se em conta que a toxicomania aparece como um sintoma do mundo contemporâneo, constituindo-se como um problema de saúde pública que acomete um número cada vez maior de crianças e adolescentes, questiona-se: como está contemplada a atenção em saúde para crianças e adolescentes usuários de SPA's no município de Salvador?

Na revisão de literatura realizada, constatou-se que os estudos sobre o tema são incipientes, sobretudo com foco específico na atenção em saúde de crianças e adolescentes usuárias de drogas. Partindo da premissa de que o planejamento político, através da identificação de problemas que acometem a população e da definição de diretrizes e de modelos de atenção que subsidiarão as ações, é fundamental para organizar estratégias efetivas de atenção à saúde, este estudo se propõe a descrever o modelo de atenção em saúde de crianças e adolescentes usuárias de SPA's no município de Salvador-BA.

## Metodologia

A estratégia de pesquisa utilizada foi a análise documental, que consiste na utilização de materiais que ainda não receberam um tratamento analítico ou que ainda podem ser reelaborados, de acordo com os objetivos da pesquisa (GIL, 1999). Para esse caso, o principal documento de análise foi o Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013, de Salvador, Bahia. Tomou-se como referencial teórico as diretrizes propostas pelas políticas nacionais<sup>122</sup> que orientam a atenção à saúde de crianças e adolescentes usuárias de álcool e outras drogas e um componente fundamental dos sistemas de serviços de saúde, o modelo de atenção ou assistencial. Os componentes fundamentais dos sistemas de serviços de saúde são: infraestrutura, financiamento, gestão, organização de serviços e prestação de serviços/modelos assistenciais. Esses componentes representam as “áreas-problema”, ou seja, as áreas nas quais estão presentes os principais limites identificados no sistema, o que significa que podem ser reconhecidos como nós críticos que necessitam das intervenções das políticas de saúde para a superação dos problemas identificados. (PAIM, 2006).

Considerando que o foco do estudo é a atenção à saúde de crianças e adolescentes usuários de SPA's no município de Salvador-BA, destaca-se o componente “modelo assistencial” como unidade principal de análise. Esse componente, também chamado modelo de atenção, se refere às práticas de saúde, ou seja, assistência, intervenções, ações, etc. cujo foco recai sobre o conteúdo do sistema de serviços de saúde. Nesse sentido, propõe-se discutir os modelos de saúde como uma representação esquemática e simplificada de um sistema de saúde, no

---

<sup>122</sup> Política Nacional de Saúde Mental (PNSM); Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (PMSAD); Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens (PNAJ).

que se refere à prestação da atenção, identificando seus traços principais, fundamentos, suas lógicas e racionalidades. (PAIM, 2008).

Para tanto, considerou-se a definição de modelos de atenção proposta por Paim:

[...] modelos assistenciais ou modelos de atenção representam tecnologias estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) de uma população que, por sua vez, expressam necessidades sociais, historicamente definidas. Não são normas nem exemplos a serem seguidos, mas formas de articulação das relações entre sujeitos (trabalhadores de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde. [...]. (PAIM, 2008, p. 571).

## Resultados

A apresentação e discussão dos resultados do estudo foi organizada em três eixos:

- (1) O Plano Municipal de Saúde e o uso abusivo de SPA's entre crianças e adolescentes em Salvador: um problema de saúde pública?;
- (2) O Modelo de Atenção à saúde de crianças e adolescentes usuárias de SPA's em Salvador: convergências e divergências com as Políticas nacionais; e
- (3) Atenção à saúde de crianças e adolescentes usuárias de SPAs no município de Salvador.



## O Plano Municipal de Saúde e o uso abusivo de SPA's entre crianças e adolescentes em Salvador: um problema de saúde pública?

O Plano Municipal de Saúde (PMS) de Salvador para o período de 2010 a 2013 se constituiu como o principal instrumento através do qual a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) buscou explicitar o direcionamento de suas ações por meio da “[...] orientação política sobre o que fazer no conjunto das organizações de saúde durante o período de quatro anos, a partir da explicitação de diretrizes, objetivos, ações, indicadores e metas” (SALVADOR, 2010, p. 14).

O ponto mais relevante neste estudo é identificar o modelo de atenção à saúde proposto pelo município e, enquanto tal, o PMS considera que a Vigilância da Saúde e o Programa Saúde da Família (PSF) são eixos estruturantes da atenção à saúde no Município de Salvador, assim como é considerado fundamental o fortalecimento dos Distritos Sanitários enquanto estratégia de reorganização das ações e serviços de saúde (SALVADOR, 2010). Essa afirmação aproxima o modelo assistencial proposto no PMS de exemplos de modelos alternativos de atenção à saúde.

Considerando que o foco de análise deste estudo no PMS recai sobre as diretrizes apontadas e as ações de saúde propostas para crianças e adolescentes usuárias de SPA's, faz-se necessário identificar se o consumo destas substâncias é identificado como um problema de saúde que acomete esta população. Há no PMS um capítulo sobre a percepção dos problemas do estado de saúde que aborda o tema subdividindo a população em grupos populacionais, dentre os quais, o grupo de crianças, adolescentes e adultos jovens. O uso de SPA's aparece como um dos problemas relacionados nos três grupos:

Entre as **crianças** destacam-se a sífilis congênita, hanseníase, desmame precoce, doenças respiratórias agudas, dermatoses, baixa acuidade visual, obesidade, queimaduras, quedas, violência doméstica e familiar, **drogatização**, trabalho infantil e a dificuldade psicomotora. Já entre os **adolescentes** identificam-se hanseníase, **tabagismo**, violência sexual, **drogatização**, **alcoolismo**, gravidez precoce, baixa acuidade visual e trabalho adolescente. No que tange os **adultos jovens** são mencionados: tuberculose, **tabagismo**, **álcool**, **drogas**, violência sexual, paternidade precoce, homicídios e acidentes de trânsito entre homens e suicídios entre as mulheres. (SALVADOR, 2010, p. 55, grifos nossos).

Já no que se refere às diretrizes propostas no PMS para direcionar ações de saúde, não há nenhum ponto específico sobre atenção a crianças e adolescentes usuárias de álcool e outras drogas, mesmo porque as diretrizes do PMS devem se voltar para a população de uma forma geral. Dois pontos, porém, merecem um olhar mais atento: a reorientação do modelo de atenção e a reorganização dos serviços de saúde, que “[...] são questões interrelacionadas, embora exijam uma distinção analítica para melhor fundamentar e orientar as opções políticas e as escolhas técnicas” (SALVADOR, 2010, p. 66).

Ao reorientar o modelo de atenção para a perspectiva de Vigilância a Saúde, as diretrizes do PMS buscam alcançar quatro pontos cruciais: a) o controle de danos, riscos e determinantes socioambientais que incidem sobre o perfil epidemiológico da população; b) a combinação entre diferentes tecnologias da saúde, a exemplo da assistência médico-hospitalar, saúde bucal, entre outras, e ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida da população; c) reconhecer a estratégia da saúde da família como “espinha dorsal” do mo-

delo assistencial; e d) iniciar a integração institucional e operacional das vigilâncias com os laboratórios de saúde pública, a saúde ambiental e ocupacional até alcançar, em uma etapa mais avançada, as características fundamentais desse modelo de atenção. (SALVADOR, 2010).

Com relação à reorganização dos serviços de saúde, destaca-se o fortalecimento do PSF como forma de apoiar a mudança na organização da atenção básica de saúde, assim como a reorganização espacial e melhor distribuição da rede de saúde, com otimização da rede de referência e priorização das áreas periféricas. Essa opção implica em aspectos como, por exemplo, a hegemonização das Unidades de Saúde da Família (USF) na estruturação da rede saúde do município, de modo que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) deverão ser transformadas em USF, com a exceção dos serviços de pronto atendimento, urgência e emergência, assim como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (SALVADOR, 2010).

Posto isso, o planejamento estratégico das ações de saúde estão organizadas no PMS em cinco módulos operacionais<sup>123</sup>.

No Módulo Operacional I, Capacidade de gestão do SUS municipal, na linha de ação 5 – “Fortalecimento do controle interno da SMS e do Componente Municipal de Auditoria da SMS” – uma primeira referência à atenção em saúde de crian-

<sup>123</sup> “I – Capacidade de Gestão do SUS municipal; II – Promoção e Vigilância à Saúde; III – Atenção Básica à Saúde; IV – Atenção a Média e Alta Complexidade; V – Política a Atenção à Saúde da População Negra.

Os cinco módulos operacionais se desdobram em 22 Linhas de Ação. Cada linha de ação, por sua vez, apresenta objetivos específicos, que se expressam em uma ou mais ações estratégicas. Cada Ação Estratégica encontra-se sob responsabilidade de setores específicos da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Salvador, que se apresenta destacado em negrito na coluna dos responsáveis e órgãos envolvidos. Os outros setores, que não estão em negrito, são os órgãos envolvidos na determinada ação. Para cada Objetivo Específico, foram construídos indicadores e metas para os anos de 2010-2011, com sua respectiva fonte, a fim de se avaliar a implementação do PMS 2010-2013 nesse período” (SALVADOR, 2010, p. 68).

ças e à saúde mental que, ainda que não esteja diretamente voltada para o problema do uso de SPA's, certamente se relaciona com esta problemática. Um dos objetivos específicos, nesta linha de ação, é a melhoria da qualidade da assistência e, nesse sentido, a ação estratégica proposta é a de nº 42: “realização de auditoria nas áreas de atenção à saúde (saúde da mulher, criança, idoso, saúde mental, urgência e emergência)” (SALVADOR, 2010, p. 75). Esta ação está em consonância com a percepção dos problemas dos serviços de saúde apresentados para o componente modelo de atenção.

Somente no Módulo Operacional III, Atenção Básica à Saúde, é possível encontrar propostas específicas para o enfrentamento do problema do uso de SPA's. A linha de ação nº 16 – “Atenção Básica com ênfase nos Programas Estratégicos” – coloca como um de seus objetivos específicos “ampliar o acesso aos cuidados de redução de danos na rede própria do município com ênfase ao uso abusivo de álcool e outras drogas” (SALVADOR, 2010, p. 89) e, para alcançar este objetivo, propõe-se duas ações estratégicas:

157. Implantação e implementação de ações de Redução de Danos nos Distritos Sanitários em articulação com instituições governamentais e não governamentais.

158. Implantação da rede de atenção ao usuário de álcool e outras drogas (Substâncias Psicoativas Ativas) nos Distritos Sanitários. (SALVADOR, 2010, p. 89).

Essas ações têm como órgãos responsáveis a Coordenadoria de Atenção e Promoção à Saúde (COAPS), os Distritos Sanitários (DS) e a Coordenadoria de Regulação e Avaliação (CRA), sendo o indicador de monitoramento do objetivo específico e/ou produto o número de CAPS ad implantados, cuja

meta para 2010-2011 é de cinco destes serviços. (SALVADOR, 2010).

Neste mesmo Módulo Operacional também se encontra a Linha de Ação 17 – “Atenção Integral por Ciclos de Vida” – que apresenta objetivos específicos referentes à atenção em saúde de crianças e adolescentes, mas nenhuma proposta específica para o problema do consumo de álcool e outras drogas nesta população. Apesar disso, destaca-se que um dos objetivos específicos é o de implementar a Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente na Rede Municipal, tendo como uma de suas ações estratégicas a ação n° 168 que visa a “ampliação do acesso dos adolescentes nos serviços de saúde de forma organizada” (SALVADOR, 2010, p. 91).

Percebe-se, então, que, embora no capítulo sobre a percepção dos problemas de saúde que acometem a população, a “drogatização” seja apontada com um problema que atinge crianças, adolescentes e adultos jovens, não há no PMS ações estratégicas específicas para o enfrentamento deste problema entre estes grupos populacionais. As ações apresentadas se dirigem a toda a população.

Outro ponto que chama a atenção é que, mesmo que o PMS reconheça a importância da Redução de Danos para o uso abusivo de álcool e outras drogas enquanto conjunto de ações estratégicas para cuidados na rede própria do município e que este ponto seja abordado no Módulo Operacional III, sobre a atenção básica em saúde, não se propõe nenhuma ação desta natureza nas USF. Vale ressaltar que, frente à mudança do modelo de atenção no município, as USF são postas como os principais serviços da atenção básica e acredita-se que estes serviços também deveriam atender às demandas de usuários com problemas relacionados ao consumo de SPA's. Apesar disto, o dispositivo, aparentemente destinado a atender essas

demandas são os CAPS ad. Isso se evidencia quando a implantação de CAPS ad é posta como indicador do monitoramento de meta a ser atingida para essas ações estratégicas, o que aponta uma contradição na proposta do PMS. Um possível contraponto a isso seria a linha de ação 20 – “Atenção às Especialidades de Saúde” – do Módulo Operacional IV, Atenção a Média e Alta Complexidade, que tem como um dos objetivos específicos “consolidar a rede de atenção especializada do município” (SALVADOR, 2010, p. 94-5). Nesse ponto, são propostas como ações estratégicas:

191. Implantação e implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências terapêuticas (RTs), de acordo com o desenho territorial definido para o município.

192. Organização da rede de serviços de saúde mental articulada (PSF, UBS, Unidade de Emergência, RT's e CAPS), de acordo com uma política específica municipal, e com definição de atribuições de cada unidade. (SALVADOR, 2010, p. 94-5).

Contudo, acredita-se que isso não refuta a hipótese de que os CAPS ad têm sido colocados como os principais dispositivos estratégicos na prestação da atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso de SPA's, dentre elas, crianças e adolescentes. Nesse ponto, é possível inferir que a atenção a crianças e adolescentes usuários de SPA's se configura como uma lacuna, ou problema, no modelo de atenção à saúde do município de Salvador, uma vez que não se identifica no PMS medidas específicas para o enfrentamento desta problemática entre o referido grupo populacional e mesmo as ações propostas para os usuários de SPA's, de um modo geral, também parecem estar mais em um plano ideal do que direcionadas à operacionalização.

## O Modelo de Atenção à saúde de crianças e adolescentes usuárias de SPA's em Salvador: convergências e divergências com as políticas nacionais

Grosso modo, pode-se afirmar que há uma convergência entre as diretrizes das Políticas Nacionais e o PMS e que os modelos de atenção à saúde contemplados nestes documentos estão mais próximos dos modelos alternativos do que dos modelos tradicionais<sup>124</sup>, embora fique claro, nas PNSM e PMSAD, que há uma certa aproximação do modelo sanitарista, sobretudo na organização operacional destas políticas, que prevê gerência vertical através de coordenações ou gerentes nacionais, estaduais e municipais, além de terem um recorte mais específico, concentrando sua atuação em certos agravos e riscos ou em determinados grupos populacionais. (PAIM, 2008)

A Lei Federal nº 10.216 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. O novo modelo de atenção proposto por esta Lei rompe com o antigo modelo médico hegemônico permeado por características como o individualismo, hospitalocentrismo, ênfase no biologismo, medicalização dos problemas e privilégio da medicina curativa (PAIM, 2008). A proposta do novo modelo de atenção à saúde o aproxima do modelo sanitарista e dos modelos alternativos de atenção à saúde que têm sido buscados para superar os desafios na implementação de políticas de saúde. A característica mais relevante no novo modelo assistencial é a base interventiva comunitária, de modo que a direção dada ao tratamento é

---

<sup>124</sup> No Brasil convivem dois modelos de atenção em saúde de forma contraditória ou complementar: o modelo médico hegemônico (voltado para a demanda espontânea) e o modelo sanitарista (que busca atender às necessidades que nem sempre se expressam em demandas). Estes não têm contemplado em seus fundamentos o princípio da integralidade. (PAIM, 2008).

a reinserção social do paciente em seu meio, o que o aproxima do modelo de atenção da PNSM e do modelo sanitarista, na medida em que esta também é a lógica de atenção empregada em alguns de seus programas especiais, a exemplo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), quanto dos modelos alternativos, uma vez que este último permanece com um dos exemplos destes modelos. (PAIM, 2008).

O modelo de atenção à saúde proposto na PNSM parece ser fruto de um conjunto de fatores, como os processos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, no Brasil, e está em consonância com o que Paim chama de construção de alternativas aos modelos de atenção à saúde hegemônicos no país. Os modelos alternativos que este autor aponta têm como maior desafio alcançar “[...] a integralidade, a efetividade, a qualidade e a humanização dos serviços de saúde [...]” e, nesse sentido, alguns exemplos de modelos alternativos trazidos por ele são “[...] oferta organizada, distritalização, ações programáticas de saúde, vigilância da saúde, estratégia de saúde da família, acolhimento e, mais recentemente, linhas de cuidado, projeto assistencial e equipes matriciais e de referência” (2008, p. 561; 562).

Um ponto comum entre os autores analisados é o desafio da integralidade<sup>125</sup>, que se impõe em um contexto marcado pela consolidação de políticas específicas e fragmentadas as quais, na prática, tecem poucas intercessões (PAIM, 2008; FLACH,

---

<sup>125</sup> “A integralidade foi concebida pela Reforma Sanitária em quatro perspectivas: 1) como integração de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção, primária, secundária e terciária; 2) como forma de atuação profissional abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas e sociais; 3) como garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; 4) como articulação de um conjunto de políticas públicas vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças (Reforma Urbana, Reforma Agrária, etc.) que indicassem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial”. (PAIM, 2008, p. 552).



2010). Também nos documentos analisados, é possível verificar essa dificuldade e, apesar de terem o princípio de integralidade como norte comum, abordam problemas de saúde ou grupos populacionais, de forma específica, como se pode ver nas Políticas nacionais estudadas. Mesmo no PMS, que é voltado para a população de Salvador como um todo, evidencia-se a dificuldade em atingir a integralidade (SALVADOR, 2010). Essa constatação encontra apoio em Paim (2008) que coloca a integralidade como um limite dos modelos de atenção à saúde tradicionais e um dos grandes desafios para os modelos alternativos. Raup e Costa fazem um relato ainda mais particular e apontam que, para milhares de jovens de baixa renda no país, “[...] a ‘Doutrina da Proteção Integral’ é ainda muito mais um desafio do que uma realidade” (2006, p. 3).

O caminho de superação deste desafio, que parece ser outro ponto comum nesses documentos, perpassa pela mudança de orientação do modelo assistencial de base hospitalocêntrica para um modelo de base interventiva comunitária. Ao se pensar na assistência em saúde através da intervenção *na* e *com* a comunidade, também se favorece a possibilidade de uma atenção mais integral à saúde na medida em que se considera as especificidades sociais, culturais, étnicas, religiosas, epidemiológicas, entre outras, de uma comunidade situada em dado território. Isso permite que as intervenções em saúde não se reduzam à dimensão de demanda espontânea e enfoque na doença, mas se ampliem para a prevenção e a oferta organizada através da “[...] execução de ações sobre o ambiente, o indivíduo e os grupos populacionais, visando o controle de agravos, doenças e riscos, bem como o atendimento das necessidades da comunidade” (PAIM, 2008, p. 562).

Ao tomar a atenção básica como “espinha dorsal” do modelo assistencial, o PMS entra em total sintonia com os mo-

delos alternativos de atenção à saúde, considerando que este modelo também visa a combinação entre diferentes tecnologias da saúde e ações intersectoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida da população. No entanto, apesar da intenção, efetivamente, o que se verifica no município é a

[...] inexistência de uma rede de ações e serviços articulada e resolutiva para atender as necessidades de saúde da família; oferta de serviços desvinculada do perfil epidemiológico da população; inadequação das políticas de saúde, inclusive de apoio diagnóstico, à realidade da população. (SALVADOR, 2010, p. 57).

### **Atenção à saúde de crianças e adolescentes usuários de SPA's no município de Salvador**

Uma das propostas do PMS para o enfrentamento do problema do uso de SPA's é a de “ampliar o acesso aos cuidados de redução de danos na rede própria do município com ênfase ao uso abusivo de álcool e outras drogas” através da implantação e implementação de ações de Redução de Danos (RD) em articulação com instituições governamentais e não governamentais, assim como a implantação da rede de atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos Distritos Sanitários. (SALVADOR, 2010, p. 89).

Tal proposta está em acordo com o componente de distritalização dos modelos alternativos de atenção à saúde que tentam organizar os serviços, estabelecimentos e ações de saúde em uma rede estruturada com mecanismos de comunicação e integração (PAIM, 2008). Em tese, isto também poderia auxiliar no acesso de crianças e adolescentes usuárias de SPA's aos serviços de saúde, devido ao caráter ativo das ações de RD que vão

à busca dos usuários no território, ao invés de aguardar sua chegada aos serviços de saúde. Para tanto, a efetivação dessas ações deve ocorrer em diversos serviços e estabelecimentos de saúde, a exemplo das USF, UBS, PACS e CAPS. Contudo, quando se analisa o indicador de monitoramento da referida proposta, identifica-se que a meta a ser atingida contempla somente os serviços do tipo CAPS ad, totalizando um número de cinco destes serviços a serem implantados até 2011. (SALVADOR, 2010). Esta constatação indica uma contradição no modelo de atenção em saúde do PMS já que, ao mesmo tempo em que toma a atenção básica como eixo principal da assistência em saúde, não inclui nestes serviços a atenção a usuários de SPA's, colocando a responsabilidade da assistência a este público no nível de média complexidade, destacando os CAPS.

A ideia de incluir ações de atenção à saúde mental/álcool e outras drogas na atenção básica ganha corpo na Portaria do Ministério da Saúde n° 154, de 2008, no entanto, “[...] as iniciativas governamentais nesse sentido ainda são frágeis. Há uma priorização da abertura de CAPS, dispositivos considerados estratégicos na Política, o que pode colocar em risco a integralidade das ações” (FLACH, 2010, p. 114). Levando-se em conta o componente do modelo de atenção à saúde da distritalização e a função dos CAPS de desenvolver trabalho articulado com a atenção básica, através de supervisão e capacitação das equipes, a priorização por abertura destes serviços não seria um problema em si para a atenção à saúde de crianças e adolescentes usuárias de SPA's. A dificuldade reside no fato de que apesar de o município de Salvador contar hoje com uma população de quase três milhões de habitantes e doze Distritos Sanitários, dispõe de uma cobertura média de atenção básica de 10 a 14% e de apenas dois CAPS ad e dois CAPS ia. Acrescenta-se a isso as dificuldades dos técnicos da atenção básica para

acolher os usuários de álcool e outras drogas, o que se justifica, em parte, pelo desconhecimento e preconceito em relação ao tema. (FLACH, 2010).

Apesar de o número de serviços e o tipo de atenção prestada não serem suficientes para atender às necessidades de atenção à saúde de crianças e adolescentes usuários de SPA's no município de Salvador e considerando-se que a ampliação da rede por si só também não garante a integralidade da atenção (FLACH, 2010), acredita-se que o apoio matricial e a supervisão das equipes que compõem a rede de atenção básica à saúde e assistência social, bem como a formação e a construção de um projeto de intervenção balizado nas diretrizes propostas pela PMSAD, que considere as especificidades e cultura de cada território, seria uma alternativa possível para as questões pautadas acima.

### Considerações finais

Neste estudo, buscou-se descrever o modelo de atenção à saúde de crianças e adolescentes usuárias de substâncias psicoativas no município de Salvador-BA. No que se refere à identificação dos limites e das possibilidades da proposta do PMS de atenção à saúde de crianças e adolescentes usuárias de SPA's, é possível concluir que a atenção desta população se configura como uma lacuna ou problema no modelo de atenção à saúde do município de Salvador exemplificada pela baixa procura dessas pessoas pelos serviços de saúde, pela insuficiência na quantidade de serviços de atenção básica e de média complexidade e pouca articulação entre eles para o funcionamento intra e intersetorial.

Sobre as convergências e divergências entre o Modelo de Atenção à Saúde de crianças e adolescentes usuários de SPA's

em Salvador e as políticas nacionais, conclui-se que o modelo adotado pelo município está de acordo com as diretrizes apontadas pelas políticas nacionais e em sintonia com os modelos alternativos de atenção à saúde. Contudo, apresenta uma contradição importante, na medida em que toma a atenção básica como eixo principal da assistência em saúde, mas não inclui nesses serviços a atenção a usuários de SPA's, colocando a responsabilidade dessa assistência na média complexidade com enfoque nos CAPS, o que acaba por dificultar a efetivação do princípio da integralidade na atenção.

Por fim, acredita-se ser possível afirmar que embora a questão do uso abusivo de SPA's entre crianças e adolescentes seja reconhecido, no PMS, como um problema de saúde pública e que o modelo de atenção à saúde adotado pela SMS de Salvador se insira como um modelo em consonância na construção de alternativas aos desafios encontrados pela políticas públicas de saúde, as ações propostas para o enfrentamento dessa questão ainda não têm sido suficientes para a obtenção de respostas mais efetivas.

A partir da descrição feita neste estudo é possível apontar alguns pontos frágeis desse modelo que consistem, sobretudo, em desafios gerais a todos os modelos de atenção à saúde com destaque para a integralidade, efetividade, qualidade, além da ampliação de serviços na rede de atenção e a implantação concreta das propostas e ações estratégicas previstas no próprio PMS.

Aponta-se como saídas possíveis a estas fragilidades:

- a implantação de CAPS ad III e CAPS ia II nos doze Distritos Sanitários do Município de Salvador;
- o investimento em formação permanente e supervisão dos profissionais que compõem as redes de atenção à saúde nos níveis primários e secundários;

- a implantação de ações de redução de riscos e danos e atenção a usuários de álcool e outras drogas na rede de atenção básica em saúde; assim como
- o matriciamento de serviços que compõem a rede intersetorial.

## REFERÊNCIAS

BIRMAN, Joel. **Mal-estar na atualidade:** a psicanálise e as novas formas de subjetivação. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001. 304p. ISBN: 852000492X.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 336/GM**, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria. Brasília, DOU, 20 fev. 2002.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Lei Federal n. 8.069/1990. Porto Alegre: Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2003. 104p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS:** os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 86p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral e usuários de álcool e outras drogas.** 2. ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 66p.

BRASIL. Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental:** 1990-2004. 4. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. p. 17-20.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem **A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 35p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM, nº 154**, de 24 de janeiro de 2008. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude/>>. Acesso em: 21 ago. 2010.

BUCHER, Richard. (Org.). **As drogas e a vida: uma abordagem biopsicossocial**. São Paulo: CORDATO – Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos; EPU, 1988. 107p.

FLACH, P. M. V. **A implementação da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas no Estado da Bahia**. Salvador, 2010. 161p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010. 161p.

GALDÚROZ, J. C. F.; et al. **V Levantamento Nacional Sobre Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras**. São Paulo: Unifesp/Cebrid, 2004b.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

MACRAE, Edward. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO JÚNIOR, A. **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 25-34.

NOTO, Ana Regina (Coord.). **Catálogo de Instituições que assistem Crianças e Adolescentes em Situação de Rua em 27 Capitais Brasileiras**. São Paulo: CEBRID, 2004. p. 85-90.

NOTO, Ana Regina; et al. **Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras**. Escola Paulista de Medicina, São Paulo (CEBRID/SENAD), 2003. 246p.

PAIM, Jairnilson S. Atenção à saúde no Brasil. In: \_\_\_\_\_. **Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI**. Salvador, Edufba; 2006. p. 11-47.

PAIM, Jairnilson S.; TEIXEIRA, Carmen. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 73-8, 2006. Número Especial. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v40nspe/30625.pdf>>.

PAIM, Jairnilson S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547-574.

RAUPP, Luciane Marques; COSTA, Juliana Martins. O ECA e as práticas de atendimento à drogadição na adolescência. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE PEDAGOGIA SOCIAL, I. São Paulo, 2006. **Anais online...** São Paulo, 2006. Disponível em: <[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC0000000092006000100027&lng=en&nrm=iso](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000092006000100027&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 17 maio 2010.

SALVADOR. Prefeitura Municipal de Salvador. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013**. Salvador, Bahia, 2010. 116p. Disponível em: <[http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/astec/PMS\\_final.pdf](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/astec/PMS_final.pdf)> Acesso em: 31 jul. 2010.



# CAMINHOS SOBRE A ESPECIFICIDADE DA REDUÇÃO DE DANOS FRENTE AOS MODELOS DE ABORDAGEM AO USO DE PSICOATIVOS NO BRASIL<sup>126</sup>

Rogério Rodrigues Gomes<sup>127</sup>

*En todo grupo social se dan con cierta frecuencia y continuidad episodios de daños, padecimientos o enfermedades, y ante esto surge la necesidad del individuo y su entorno inmediato de establecer acciones para resolver estos problemas. (ROMANÍ, 2002, p. 9).*

Estratégias de controle e prevenção quanto ao uso prejudicial de álcool e outras drogas são preocupações da sociedade civil organizada e de setores do poder público que entram em evidência na atualidade. Abordagens a tal fenômeno têm sido desenvolvidas e aplicadas com afincamento no mundo e, particularmente, no Brasil, já são alvo de apreciações críticas, de revisão de seus princípios e de questionamentos sobre sua pertinência para uma realidade específica (TRAD, 2009). Exemplos dessas abordagens são a prevenção e a Redução de Danos que compõem atualmente duas grandes referências no campo da pro-

---

<sup>126</sup> Trabalho de conclusão do curso de especialização “Psicoativos: seus usos e usuários”, CETAD/UFBA, Salvador, 2009. Orientadora: Mônica Coutinho.

<sup>127</sup> Psicólogo. Especialista em Gestão Pública, Saúde Coletiva e Especialista em Atenção Integral ao Uso e aos Usuários de Álcool e outras Drogas - CETAD/UFBA.

blemática dos psicoativos, seus usos e usuários. A demarcação de algumas especificidades da Redução de Danos frente aos demais modelos de abordagem do fenômeno do uso de psicoativos e de seu desenvolvimento no contexto da realidade brasileira se configura como objetivo central deste artigo. Segundo Andrade, a Redução de Danos não é um conceito de consenso na literatura científica, mas pode ser facilmente definível como “ações que visam minimizar riscos e danos de natureza biológica, psicossocial e econômica provocados ou secundários ao uso/abuso de drogas sem necessariamente requerer a redução de consumo de tais substâncias” (2004, p. 87).

Tal perspectiva surge no Brasil, em 1989, impregnada com o significativo “troca de seringas” e com um objetivo estratégico, o de minimizar os efeitos adversos do consumo de drogas injetáveis como a transmissão de hepatite e HIV. Em seu surgimento, não se pode atribuir à Redução de Danos uma característica de política de saúde pública, pois esta se instalou de forma única com relação aos modelos de abordagem em psicoativos até então implementados no país, diferenciando-se quanto aos seus objetivos e suscitando interrogações e reações da sociedade e do poder público (MARQUES; DONEDA, 1998). Dentre tais diferenças se destacam: a aceitação da inevitabilidade de um dado nível de consumo de drogas na sociedade; a utilização de terminologia não pejorativa e científica para a abordagem do usuário; e a pressuposição de que este é um membro da sociedade indispensável para o planejamento das intervenções e estratégias de abordagem (WODAK, 1988).

A Redução de Danos é, atualmente, uma prática constante realizada por agentes redutores de danos nas suas comunidades específicas e vem ganhando amplitude ao incorporar nas suas ações outros técnicos, estudantes e demais profissionais dispostos a realizar *in loco* ações que promovam a qualidade de vida e a

saúde daquela população específica (ANDRADE, 1998). Segundo o autor, a Redução de Danos é uma estratégia bidirecional, pois trabalha as demandas da população e fornece subsídios e dados científicos para um maior conhecimento das diversas possibilidades de uso de determinada substância, naquele tempo histórico e com aquela comunidade específica. Em outro texto, Andrade (2004) sintetiza os três princípios fundamentais da Redução de Danos: o pragmatismo, a tolerância e a diversidade.

Esses princípios norteadores são bastante amplos e necessitam ser analisados em profundidade para uma melhor apreciação. Por exemplo: de que pragmatismo se fala ao citar a Redução de Danos? Um pragmatismo filiado a uma escola filosófica ou uma ação prática que se inicia e se esgota nas ações específicas onde se desenvolve?

Quanto ao princípio da tolerância: é uma tolerância pautada nos ideais religiosos ou afinada com os movimentos de “advocacy”, ou seja, do ativismo em prol dos direitos humanos?

E quanto à questão da diversidade? Existe uma base antropológica para defender tal princípio e, se existe, qual seria este fundamento? Tais questionamentos incitam a pesquisa sobre a especificidade da Redução de Danos uma vez que esta vem gradativamente ocupando espaço no campo da produção científica e da saúde pública.

### **O lugar da Redução de Danos e algumas de suas especificidades frente ao modelo de prevenção**

A Prevenção é um dos modelos de abordagem mais citados na área da saúde coletiva para a questão do assim chamado uso “problemático” de drogas (WODAK, 1994). A história dos modelos preventivos em saúde se confunde com a própria história da saúde coletiva no Brasil (PAIM, 2007) e, neste tra-

balho, não se trata de retomar tal trajeto, mas de apurar a especificidade da Redução de Danos frente ao que se considera como modelo da Prevenção.

Segundo o autor, o que se entendia como prevenção se modificou bastante após o movimento da Reforma Sanitária brasileira e conceitos como “determinantes sociais da saúde” e “promoção da saúde” passaram a ser fundamentais para esta análise. É provável que o conceito de Prevenção tenha se modificado com o advento da Reforma Sanitária e situar a Redução de Danos diante destes dois momentos estabelece pontos referenciais para a depuração de suas especificidades.

A prevenção em relação ao uso de substâncias psicoativas não está isenta de uma matriz ou diretriz teórica ou ideológica. Os discursos da criminalização e do proibicionismo formaram, por muito tempo, as pautas das estratégias preventivas nesta área, no Brasil (BARBOSA, 1987). O entendimento contextualizado e histórico das formas de prevenção ao abuso de drogas permite a análise dos discursos que atualmente forçam a associação entre as drogas e o perigo, a violência e o caos social. A origem deste paradigma, segundo Escohotado (1995), se localiza nos EUA e é resultado da aliança entre os modelos explicativos oriundos da Medicina e da Farmacologia científica com o ponto de vista jurídico-legal, do início do século passado. Essa aliança marca o encontro de duas séries teórico-técnicas que marcaram e marcarão os modelos de prevenção com relação às substâncias psicoativas no Brasil, a saber: o discurso jurídico-legal apoiado pela ideia proibicionista, regulatória e uma concepção errônea do papel do Estado; e o discurso das ciências médico-biológicas, que centram sua ênfase no aspecto patológico do uso de psicoativo e na incapacidade do indivíduo se autodeterminar frente a tal uso.

Os sucessivos fracassos da prevenção baseada no proibicionismo levaram profissionais de várias áreas do conhecimento, dentre elas, Educação, Saúde, Psicologia e Sociologia a discutirem e proporem uma nova abordagem preventiva. A evolução das estratégias preventivas no Brasil está também associada à mudança da perspectiva higienista em saúde pública para uma perspectiva integrativa, de acordo com a Reforma Sanitária brasileira. Contribui para esta mudança, além da reforma sanitária, a reforma psiquiátrica brasileira que, ao criticar a produção social da ideia de “louco” como perigoso e incapaz (BEZERRA JÚNIOR, 2004) traz reflexões também sobre a fabricação do “drogado” como indivíduo sem caráter, inapto ao convívio social e incapaz de produzir bens e serviços.

A ideia do sujeito e da comunidade em que habita como corresponsáveis pelo processo saúde–adoecimento é central em qualquer ato preventivo pensado de forma mais ampla e está presente também na ideia da Redução de Danos. Nessa perspectiva, o sujeito é entendido como gestor do seu corpo, dos usos que faz dele e da forma de condução da sua sexualidade, que não acontece fora de um contexto sócio-histórico, uma ideia de Foucault (1981) totalmente condizente com os princípios da Redução de Danos e de uma concepção de prevenção que se aproxima do conceito de promoção da saúde. O referido autor é um crítico do estabelecimento de uma ciência oficial normatizadora dos hábitos de vida e dos processos de adoecimento e morte das pessoas.

Talvez o aspecto de distinção mais evidente entre as concepções de prevenção até então desenvolvidas e a Redução de Danos seja o de que esta não evidencia o aspecto curativo e de erradicação da patologia ou do agente patógeno em primeiro plano. A Redução de Danos não está direcionada para a cura, o que não quer dizer que esta não seja engajada na promoção

à saúde do usuário de psicoativos. Sua proposta admite que as pessoas continuarão a se utilizar de substâncias psicoativas, mas que esta utilização nem sempre será descontrolada ou acontecerá sem nenhum parâmetro ou cuidado próprio por parte do usuário. (MACRAE, 2004).

Atualmente, tem-se cotejado a concepção de “prevenção” com a de “promoção da saúde” trilhada pelas convenções internacionais e adotada pelo Brasil (BRASIL, 2002). A promoção à saúde enfatiza a qualidade de vida, as relações interpessoais e sociais bem como os fatores de risco e de proteção do indivíduo, dando a este a responsabilidade por ações decisórias quanto a sua saúde (BUSS, 2003). Promoção da saúde se define, portanto como o processo que permite às pessoas aumentar o seu controle sobre a dialética saúde–adoecimento levando-se em conta seus saberes anteriores, os saberes oficializados e, principalmente, as condições sociais, ambientais e econômicas que cercam cada ator social envolvido neste processo. A diferença em relação ao conceito antigo de prevenção se torna notória uma vez que se modifica o entendimento do que se considera como saúde. No paradigma da promoção, a saúde é um conceito positivo, multidimensional e depende essencialmente da dinâmica social, interpessoal e dos valores dos indivíduos. (CZERESNIA; FREITAS, 2003).

O conceito de Promoção da Saúde resgata o entendimento de que o processo saúde–adoecimento também é produzido socialmente, ou seja, de que todos os valores, signos, significados, imagens, sons e constructos culturais interferem na relação do sujeito com a sua vida e, embora tenha se desenvolvido próximo ao conceito de Prevenção, extrapola a ênfase dada por este à questão do risco. Seguindo-se a lógica da Promoção da Saúde, não são apenas os “fatores de risco” a pesar na balança do processo saúde–doença, mas os “fatores gerais”

como pobreza, desemprego, estresse, condições de trabalho e moradia, violência, entre outros (MELLO, 2000). Portanto, na promoção à saúde é ampliada a noção de “risco” e se incorpora uma perspectiva contextualizada que tece relações entre saúde e política, legislação, economia, meio ambiente e fatores socio-culturais, sendo esses últimos, que são fundamentais para o entendimento da perspectiva de Redução de Danos, a serem discutidos no tópico seguinte.

### **A importância dos aspectos socioculturais no conceito de Redução de Danos**

Segundo MacRae (2004), a experiência com psicoativos é sempre permeada por valores, ideias, práticas e conceitos construídos na interface entre o indivíduo e seu entorno socio-cultural. Ainda segundo o autor, uma das razões pelas quais, durante a maior parte da história, o uso de psicoativos não apresentou maiores ameaças à sociedade constituída é que ele geralmente se dava no âmbito de rituais coletivos ou orientado por objetivos que aquela sociedade reconhecia como expressão de seus próprios valores. Mesmo hoje, quando as regulações tradicionais da sociedade se mostram menos eficazes para enquadrar o consumo de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas, este ainda raramente ocorre de maneira desregulada. Isso continua a ser verdadeiro mesmo quando as regras que nor-teiam essas atividades desviam ou entram em conflito com as leis e os valores considerados hegemônicos. Essas afirmações são definidoras de uma postura epistemológica com relação ao tema, pois pressupõem que o uso e o abuso de psicoativos são sempre contextualizados e que este contexto regula e interfere diretamente no fenômeno.

Messeder e Nery Filho (2004) se utilizam do referencial do interacionismo de Becker para afirmar que as múltiplas formas de exclusão, marginalização e rotulação dos usuários de psicoativos acontecem em uma dialética na qual os processos sociais e as construções de trajetórias individuais tecem as possíveis combinatórias da díade norma-desvio. Os autores entendem que essa díade é socialmente construída através de embates e entendimentos que, de forma interativa, constroem símbolos, significados e códigos que regem a conduta dos sujeitos sociais. A relação norma-desvio institui parâmetros de comportamento que modulam o desencadeamento das ações individuais e coletivas os quais são executados por controles pessoais, interpessoais e institucionais. Seguindo tal raciocínio, Trad (2009) retoma a distinção entre autocontroles, heterocontroles e controles sociais, na questão do uso de psicoativos.

O autocontrole se refere à forma pela qual cada usuário administra seu uso em função dos ganhos e prejuízos que ele traz para sua existência. A ideia da existência de um autocontrole por parte do usuário não está atrelada à noção de um indivíduo isolado e independente do seu meio social, mas de uma concepção que entende o usuário como um sujeito capaz de avaliar os possíveis riscos e os danos envolvidos em sua prática. Essa concepção de sujeito está alinhada com os pressupostos da Redução de Danos, uma vez que esta enfatiza a capacidade decisória e a responsabilidade do usuário frente ao seu uso.

Os controles sociais dizem respeito à ação protetiva e vigilante dos grupos primários e secundários bem como da comunidade da qual o usuário de substância faz parte. Uma das grandes contribuições que Trad (2009) traz com esta descrição é ressaltar que, durante a história da prevenção ao uso de substâncias psicoativas no Brasil, esses diferentes tipos de



controle pesaram mais ou menos na balança da relação entre o usuário, suas escolhas por determinadas substâncias e seus modos de uso. Os controles societais, ou informais como denomina Macrae (2004), formam um complexo que dialetizam o que se oculta e o que se mostra, o sigilo e a confraternização e o grau de interlocução entre usuários e não-usuários. O autor pressupõe uma relação interativa entre autocontroles e controles societais e inclui nestes últimos o papel regulador do próprio grupo que compartilha uma determinada substância psicoativa.

O grupo de usuários é um grupo social sujeito a lideranças, diferenças de status, normas implícitas e explícitas, diferenciando-se, portanto, de um bando desordenado, e estabelece parâmetros entre o uso individual e o coletivo, permitindo aos seus membros formar sua própria cota de quanto e com que frequência consumir. A alteração de consciência é, portanto, modulada seguindo-se indícios pessoais e grupais. Influem também nesse processo de modulação de consciência: as características farmacológicas da substância; o grau de experiência do sujeito no seu uso; as condições gerais de saúde e sociais deste sujeito; bem como a estrutura de ritualização envolvida neste uso. Sempre existe um percurso na relação do usuário com sua substância, uma “carreira” que nem sempre aponta para uma degeneração de caráter ou de uma falha intrínseca, uma incursão em ritos, práticas e narrativas que se constroem na dialética entre o individual e o coletivo. Corroborra com este desenvolvimento a afirmação de Velho:

As pessoas aprendem a usar drogas e têm determinadas regras, quer dizer, em todos os grupos que investiguei ou conheci havia uma etiqueta, havia um determinado limite que não podia ser ultrapassado; as pessoas não poderiam se tornar inconvenientes.

E havia maneiras de lidar quando a pessoa perdia, ou parecia que ia perder, certo tipo de controle, ou seja, não é o uso desabusado simplesmente. (2008, p. 133).

A Redução de Danos, enquanto política e modelo de abordagem, por adotar como pressuposto a diversidade dos indivíduos e dos grupos humanos, pode oferecer indicações de uma maneira mais íntegra de lidar com o uso de drogas e de uma forma mais complexa de entendimento do fenômeno (MACRAE, 2004). Esse modelo de abordagem se aproxima cada vez mais da perspectiva enfatizada pelos citados estudos antropológicos, por ressaltar a dialética entre autocontroles e controles sociais, não se caracterizar como um modelo intervencionista e ressaltar as peculiaridades próprias a cada contexto geopolítico, adotando-se como eixo central de sua perspectiva o conceito de “território”, que será discutido em tópico subsequente. Atualmente, a Redução de Danos é evocada teoricamente como modelo de abordagem ao uso e abuso de drogas e como uma perspectiva que se contrapõe ao proibicionismo.

### O “território” e seu lugar na tessitura conceitual da redução de danos

O conceito de território se refere a um espaço em permanente construção, produto e produtor de uma dinâmica social em que interagem diferentes sujeitos sociais. É um conceito abstrato, pois não pode ser observado diretamente, mas é consistente por expressar todo um conjunto de microrrelações: dilemas, concepções, afetividades, crenças e saberes. O conceito de território é fundamental para uma concepção de saúde mais ampla na qual se considere os fatores humanos, sociais, econômicos, políticos e relacionais como atuantes nas práti-

cas, autocuidados e na atenção à saúde de determinado grupo (MENDES, 1988). Para o autor, um paradigma de saúde que não contemple tal conceito tende a se voltar para o mecanicismo e o biologicismo.

Mesquita e Brandão (1995), ao analisarem a relação do conceito de território com a Redução de Danos, desembocam na ideia de “territórios do cotidiano”, um espaço que tem como parâmetros a copresença, a vizinhança, a intimidade, a emoção, a cooperação e a socialização, com base na contiguidade, reunindo na mesma lógica interna todos os seus elementos: pessoas, instituições, formas sociais e jurídicas e formas geográficas. É no território que se processam os hábitos, modos de vida e “controles sociais” estabelecidos no cotidiano dos usuários de substâncias psicoativas, pontos esses que definem as formas próprias dos indivíduos experienciarem tais substâncias.

Os autores reafirmam a ideia de que o uso de drogas acontece sempre em um território composto, de forma complexa, de pessoas e instituições tributárias de um determinado momento histórico. Não existe, pois, “uso de drogas” e sim “usos” que se configuram a partir da realidade social, política e econômica de determinado espaço geográfico mais amplo e da realidade relacional, micropolítica, afetiva e humana presente em um território.

O território, para Santos e Marques (1996), é um lugar que congrega pessoas, técnicas, objetos e meios de produção e é caracterizado primordialmente por correntes de intencionalidade humana que se expressam através de padrões de sociabilidade. Nele ocorrem relações tanto de competição e exploração quanto de cooperação e respeito mútuo e a “sociabilidade” no seu cotidiano será tanto mais intensa quanto maior a proximidade entre as pessoas envolvidas.

Assim, o território se configura como um ponto principal, um conceito chave para as abordagens em psicoativos e a usuários, provavelmente, um ponto cego para muitas propostas, um ponto invisível para outras, mas um ponto central para a Redução de Danos. Está no centro da rede conceitual da Redução de Danos como um “ponto de estofo” e se configura como o modo particular da ação e de inter-relação de cada sujeito em suas comunidades específicas. A Redução de Danos enquanto prática indissociável desse conceito enfatiza a importância do saber das pessoas envolvidas no processo, um saber que pode ser reformulado, mas nunca desconsiderado, e que engendra práticas que podem ser mais proveitosas ou prejudiciais para cada usuário.

O Brasil é considerado um país em desenvolvimento e que, por tal condição, sofre um particular impacto do consumo abrangente de álcool e outras drogas, segundo coletânea de textos técnicos do Ministério da Saúde sobre Redução de Danos em países em transição (BRASIL, 2004). Poder-se-ia perguntar: Quais as especificidades da Redução de Danos para um país com tal configuração? Ela é aplicável neste contexto? Bem aceita pela cultura nacional? Seria necessário adequar seus princípios para a realidade brasileira? Segundo essa coletânea, é elevada a vulnerabilidade social dos jovens que não dispõem de programas e políticas públicas suficientes para atender às suas necessidades educacionais, laborais e de saúde. Não oferecer à maioria dos jovens acesso a um bom serviço de saúde, ensino de qualidade, formação cidadã e oportunidade de contato com bens culturais diversificados implica no cerceamento das suas possibilidades de crescimento e no empobrecimento da sua experiência vital.

Talvez se possa já estabelecer um diferencial entre o contexto em que a Redução de Danos nasceu e a realidade brasilei-

ra: na Europa, o fenômeno das drogas tem um menor grau de determinantes sociais, embora seja claro que lá também existem miséria e desamparo social, porém, em uma escala menor que a do Brasil. Como consequência, pode-se afirmar que, no Brasil, a droga ocupa um lugar diverso, pois participa, de forma íntima, como mecanismo para suportar a exclusão e a falta de garantia de direitos da maioria da população. No Brasil, o uso, o abuso e o tráfico de psicoativos nem sempre são uma questão de escolha, mas, muitas vezes, de sobrevivência e de suporte para o desespero de uma total falta de perspectiva. (SOUZA, 1996).

A abordagem da Redução de Danos, por ser plural, flexível e “caleidoscópica” se caracteriza como um tipo de abordagem que tem em seu cerne o conceito de complexidade (ROMANÍ, 2002). Segundo Morin, esse conceito remete a algo que foi “tecido junto” formando um “tecido interdependente” ou, segundo o autor, “[...] um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre objeto do conhecimento e seu contexto, as partes e o todo, o todo e as partes, as partes entre si. Por isso, a complexidade é a união entre a unidade e a multiplicidade” (2006, p. 38).

A Redução de Danos é um modelo de abordagem ao uso e abuso de psicoativos que possui suas especificidades e que pode contribuir de forma decisiva para o entendimento deste fenômeno no Brasil. Atualmente, tal abordagem ganha espaço nas produções teóricas sobre o tema e estende sua malha conceitual em direção a um corpo de princípios mais amplo e consistente. É possível afirmar que existe hoje um movimento que discute, teoriza e pratica uma Redução de Danos “sem seringas” (LANCETTI, 2008) e essa ideia sugere uma aplicação que não se restringe a usuários de drogas injetáveis e com a perspectiva mais ampla de se considerar a complexidade dos

fatores socioculturais e as particularidades de cada território no fenômeno dos psicoativos, seus usos e usuários.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Tarcisio Matos de. O nó da seringa. In: MESQUITA, Fábio; BASTOS, Francisco I. (Eds). **Troca de seringas: drogas e AIDS, ciência, debate e saúde pública**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.
- ANDRADE, Tarcisio Matos de. Redução de Danos: um novo paradigma? In: TAVARES, Luiz Alberto; et al. **Drogas; tempos, lugares e olhares sobre seu consumo**. Salvador: CETAD/EDUFBA, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuário de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BUNING, Ernst. Vinte e cinco anos de redução de danos: a experiência de Amsterdã. In: SILVEIRA Dartiu X.; MOREIRA, Fernanda G. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006.
- BUSS, Paulo M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2003. p. 15-38.
- CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- ESCOHOTADO, A. **Historia de las drogas**. Madrid: Alianza, 1995. v. 2.

FIGUEIREDO, Regina Maria M. D. Metodologia e técnica de trabalho. In: \_\_\_\_\_. (Org.) **Prevenção às DST/Aids em ações de saúde e educação**. São Paulo: NEPAIDSUSP, 1998.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

GUIMARÃES, Jacileide; et al. Desinstitucionalização em saúde mental: considerações sobre o paradigma emergente. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 5-11, maio/ago. 2001.

KUHN, T. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1998.

LANCETTI, Antonio. **Clínica Peripatética**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MACRAE, Edward. O uso ritual de substâncias psicoativas na religião do Santo Daime como um exemplo de redução de danos. In: NERY FILHO, Antonio; et al. (Orgs.). **Toxicomanias: incidências clínicas e sócio-antropológicas**. Salvador: EDUFBA; CETAD/UFBA, 2009. p. 23-36.

MACRAE, Edward. **Rodas de Fumo: o uso da maconha entre camadas médias**. Salvador: EDUFBA, 2004a.

MACRAE, Edward. Abordagens qualitativas na compreensão do uso de psicoativos. In: TAVARES, Luiz Alberto (Coord.). **Drogas; tempos, lugares e olhares sobre seu consumo**. Salvador: CETAD/UFBA; EDUFBA, 2004b. p. 27-48. (Coleção Drogas: clínica e cultura).

MACRAE, Edward; VIDAL, Sérgio. A resolução 196/96 e a imposição do modelo biomédico na pesquisa social: dilemas éticos e metodológicos do antropólogo pesquisando o uso de substâncias psicoativas. **Rev. Antropol.**, São Paulo, v. 49, n. 2, jul./dez. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-77012006000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-77012006000200005&script=sci_arttext)>.

MARLATT, G. Alan. **Redução de Danos; estratégias práticas para lidar com comportamento de alto risco**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

MARLATT, G. Alan; DONOVAN, Dennis M. **Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

MARQUES, Luiz Fernando; DONEDA, Denise. A política brasileira de Redução de Danos à Saúde pelo uso indevido de drogas: diretrizes e seus desdobramentos nos Estados e municípios. In: BASTOS, Francisco I.; MESQUITA, Fábio; MARQUES, Luiz Fernando. **Troca de seringas: drogas e Aids, ciência, debate e saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de DST e Aids, 1998.

MENDES, Eugênio V. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1988.

MESQUITA, Fábio. Perspectivas das estratégias de Redução de Danos no Brasil. In: MESQUITA, Fábio; BASTOS, Francisco I. (Eds.). **Drogas e Aids; estratégias de redução de danos**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

MESQUITA, Fábio. **Dar oportunidade de vida ao usuário de drogas injetáveis: polêmica nacional**. In: MESQUITA, Fábio; BASTOS, Francisco I. (Eds.). **Troca de Seringas: Drogas e AIDS; Ciência, Debate e Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 1998. p. 101-12.

MESQUITA, Zilá; BRANDÃO, Carlos R. (Org.). Territórios do cotidiano: introdução a uma abordagem teórica contemporânea. In: Territórios do cotidiano: uma introdução a novos olhares e experiências. Porto Alegre: UFRGS, 1995.

MESSEDER, Marcos Luciano; NERY FILHO, Antonio. Exclusão ou desvio? Sofrimento ou prazer? In: TAVARES, Luiz Alberto (Coord.). **Drogas; tempos, lugares e olhares sobre seu consumo**. Salvador: CETAD; EDUFBA, 2004. (Coleção Drogas: clínica e cultura).

MICHAELIS: moderno dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Melhoramentos, 1998.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez, 2006.

PAIM, Jairnilson S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador, 2007. 300p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

ROMANÍ, Oriol. Criterios de prevención: un debate necesario. In: HOPENHAYN, Martín. (Comp.). **Prevenir en drogas: enfoques integrales y contextos culturales para alimentar buenas**



**práticas.** Santiago de Chile: ONU/División de Desarrollo Social/ 2002. p. 9-14. (CEPAL –Serie Política Sociales, n° 61). Disponível em: <<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/11309/lcl1789e-P.pdf>>. Acesso em: ago. 2010.

SANTOS, Milton; MARQUES, Maria Cristina. **A natureza do espaço:** técnica e tempo; razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1996.

SOUZA, Marcelo L. As drogas e a “questão urbana” no Brasil: a dinâmica sócio-espacial nas cidades brasileiras sob a influência do tráfico de tóxicos. In: CASTRO, Iná E.; GOMES, Paulo César C.; CORRÊA, Roberto L. (Orgs.). **Brasil; questões atuais da reorganização do território.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.

TRAD, Sérgio. Controle do uso de drogas e prevenção no Brasil: revisitando sua trajetória para entender os desafios atuais. In: NERY FILHO, A. et. al. **Toxicomanias; incidências clínicas e socioantropológicas.** Salvador: CETAD/UFBA; EDUFBA, 2009. (Coleção Drogas: clínica e cultura).

WODAK, Alex. Estratégias para a prevenção da infecção pelo HIV entre usuários de drogas e destes para seus parceiros. In: MESQUITA, Fábio; BASTOS, Francisco I. (Ed.). **Drogas e aids:** estratégias de redução de danos. São Paulo: HUCITEC, 1994.

WODAK, Alex. Redução de Danos e programas de troca de seringas. In: BASTOS, Francisco I.; MESQUITA, Fábio; MARQUES, Luiz Fernando. (Orgs.). **Troca de seringas:** drogas e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 1988.

VELHO, Gilberto. O consumo de psicoativos como campo de pesquisa e de intervenção política. In: LABATE, Beatriz; et al. (Orgs.). **Drogas e cultura:** novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008.



# O CRACK NA PERSPECTIVA DA RELIGIOSIDADE E DA REDUÇÃO DE DANOS<sup>128</sup>

*Leiliane Carneiro*<sup>129</sup>

*Marlize Rêgo*

## Introdução

Contextualizar o fenômeno das drogas como uma realidade presente na história do homem parece um fato incontestável. No entanto, em tempos atuais, percebemos uma gradativa mudança no modo como as drogas são representadas pelas diferentes sociedades e, conseqüentemente, na forma como são utilizadas pelas pessoas.

Pesquisas científicas desenvolvidas no Brasil, nas últimas décadas do século XX, apontam o uso crescente de drogas. Em 2001, foi realizado um levantamento domiciliar em 107 cidades brasileiras com população superior a 200 mil habitantes (GALDURÓZ et al., 2005) no qual se estimou que 19,4% já haviam feito uso na vida de alguma droga ilícita. As drogas mais citadas foram maconha, com 6,9%, e os solventes, com 5,8%; já a cocaína apresentou um percentual de 2,3%; e o crack foi referido apenas por 0,4% dos pesquisados.

---

<sup>128</sup> Trabalho de conclusão do Curso de Especialização Psicoativos: seus usos e usuários – CETAD/UFBA – Salvador, 2009. Orientadora: Marlize Rêgo.

<sup>129</sup> Psicóloga. Caps AD. Especialista em Atenção Integral ao Uso e aos Usuários de Álcool e outras Drogas - CETAD/UFBA.

Um segundo levantamento domiciliar foi realizado em 2005, em 108 cidades com o mesmo perfil populacional do realizado em 2001 (CARLINI et al., 2006) cujos dados relativos ao uso na vida de drogas ilícitas apresentaram percentual de 22,8%, indicando um aumento quando comparado ao levantamento realizado em 2001. A maconha e o solvente permaneceram como as drogas mais referidas, com 8,8% para a maconha e 6,1% para os solventes; a cocaína apresentou um percentual de 2,9%; e o crack um percentual de 0,7%, de uso na vida.

A partir de 1985, o crack desponta nos Estados Unidos e o seu consumo se torna cada vez mais popularizado. Obtido a partir da mistura e do aquecimento de cocaína com bicarbonato de sódio e água, o crack se constitui em um novo método de administração da cocaína. Ele é fumado e apresenta alto potencial de causar dependência. (LEITE, 1999).

No Brasil, no final do século XX, aproximadamente no início dos anos 90, observou-se um aumento significativo do consumo do crack (LEITE, 1999) e, a partir daí, verifica-se um incremento do seu uso, o que tem mobilizado diferentes estudos em diversas áreas. Atores políticos, profissionais de saúde e a comunidade em geral buscam compreender os efeitos produzidos por essa droga, tanto do ponto de vista social como da saúde, identificando o crescimento do seu uso como um problema de saúde pública e apontando para a necessidade de intervenção.

Apesar da evidência do crescente consumo de crack no país, os estudos para a compreensão do fenômeno ainda são incipientes, principalmente no que diz respeito ao tratamento dos dependentes. Há consenso entre os diversos profissionais da área, clínicos e pesquisadores, de que este é um trabalho árduo e que precisa ser construído. Diante da realidade apre-

sentada, com o intuito de prestar assistência aos usuários de drogas, é possível encontrar diversos modelos de tratamento, cada um sustentado por uma teoria, com seus pressupostos e metodologias próprias definidos a partir do objetivo a que se propõe. (RÊGO et al., 2009).

Dentre as modalidades de tratamento no campo das toxicomantias destacam-se: as que seguem os referenciais do modelo médico, predominantemente psiquiátrico; os grupos de autoajuda, como os Alcoólatras Anônimos (AA) e os Narcóticos Anônimos (NA); as abordagens psicoterápicas em geral, sobretudo sustentadas nos pressupostos da Psicanálise e na Teoria Comportamental; os centros de recuperação, com viés predominantemente religioso e, mais recentemente, as abordagens sustentadas na lógica da Redução de Danos.

Privilegiamos neste trabalho dois modelos de atenção ao usuário de crack: aquele sustentado na lógica da Redução de Danos, que prioriza a responsabilização do usuário no seu consumo e os cuidados com a saúde e não a abstinência pura e simples; e o modelo com base na religiosidade, que propõe a cura pela oração. O interesse neste último modelo se deve à constatação de que, na atualidade, existe um repetido apelo por parte dos usuários para o internamento em centros religiosos de recuperação e ao relato de inúmeras experiências bem sucedidas nestes centros, no que diz respeito à reestruturação dos laços sociais e familiares e à manutenção da abstinência.

Este artigo é, assim, o resultado tanto da experiência profissional quanto de uma breve revisão de literatura realizada a partir do levantamento de produção bibliográfica sobre as diferentes estratégias de tratamento utilizadas para os usuários de drogas no Brasil e, especificamente, para usuários de crack. Para tanto, apresentamos a seguir duas seções: uma que trata

da Redução de Danos e a contextualiza historicamente; e a outra que busca compreender como a abordagem religiosa atua e sustenta seus pressupostos no tratamento a esses usuários.

## A abordagem centrada na Redução de Danos

A Redução de Danos emerge enquanto prática voltada para a saúde com a eclosão da epidemia da AIDS no mundo. Nos primórdios da epidemia, no século XX, atribuiu-se a disseminação da doença aos considerados grupos de risco, ou seja, homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis, o que evidenciou a necessidade de estratégias que evitassem a proliferação do contágio do vírus HIV e, conseqüentemente, da doença. Nesse contexto, países europeus se lançaram na criação e execução de estratégias de Redução de Danos para usuários de drogas injetáveis.

Inicialmente, os Programas de Redução de Danos (PRD), através da estratégia dos Programas de Troca de Seringas (PTS), visavam evitar a infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis, por meio da distribuição de seringas estéreis que deveriam ser trocadas para que não houvesse o compartilhamento ou a reutilização das mesmas, com o que se reduziria a contaminação. Fonseca e Bastos (2005) pontuam que esses programas têm obtido sucesso e defendem que a utilização dessa estratégia consegue reduzir a proliferação do HIV e de outras doenças que são transmitidas por via sanguínea entre essa população.

Outra estratégia de Redução de Danos, amplamente utilizada desde longa data, principalmente na Europa, é o tratamento de substituição em que uma droga de abuso é substituída por outra prescrita e, deste modo, controlada: é o que ocorre no caso da substituição de opiáceos por metadona (CARLINI, 2003). Essa prática é criticada por alguns grupos que credi-

tam que esse é apenas um deslocamento do problema; entretanto, seus defensores afirmam que trocar uma droga ilícita por outra prescrita e controlada pelo poder médico, reduz, inclusive, a marginalidade.

A partir do movimento liderado pelos próprios usuários de drogas e não por pensadores políticos, o que faz com que os estudiosos o considerem “uma ação de baixo para cima”, torna-se possível a expansão de estratégias de redução de danos para outros tipos de usuários e para outras práticas associadas ao uso de drogas que incorrem em riscos e/ou danos. Dias et al. (2003) ressaltam que, nesse contexto mais amplo, quando se pensa em uma associação entre uso de drogas e existência de danos associados, é importante definir de quais danos se trata. Acrescentam ainda que existem danos associados ao uso em si referentes aos efeitos específicos da droga no organismo e ao modo pelo qual ela é consumida, além dos danos relacionados ao contexto de utilização da droga.

No Brasil, a redução de danos seguiu a mesma tradição dos outros países do mundo, salvo as devidas diferenças cronológicas, voltando inicialmente suas estratégias para os usuários de drogas injetáveis, diante do cenário mundial da epidemia de Aids. Foi no ano de 1989, na cidade de Santos, que tiveram início as atividades de redução de danos, uma iniciativa que acabou sendo inviabilizada por decisão judicial e, assim, só no ano de 1995 surgiu o primeiro PRD do Brasil, na cidade de Salvador, através do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), ligado à Universidade Federal da Bahia (UFBA) (SILVEIRA et al., 2003).

A Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, prevê que as estratégias da redução de danos têm um caminho promissor. Deste modo defende:

A estratégia de redução de danos desenvolvida entre UDI mostra-se eficaz e, portanto, em condições de ser ampliada junto a usuários de outras drogas, tais como álcool, crack, tabaco, tanto no tocante à disponibilização de insumos para uso seguro, quanto no fortalecimento do protagonismo destes consumidores para a realização de ações entre pares e sua participação na formulação de políticas públicas, estratégias de comunicação e elaboração de materiais educativos. (BRASIL, 2004, p. 32).

Seguindo uma direção semelhante às estratégias adotadas para os usuários de drogas injetáveis, os PRDs, em várias cidades brasileiras, passam a destinar ações para os usuários de crack, dentre elas, a distribuição de cachimbos artesanais para fumar a droga, visando com isto evitar o compartilhamento dos cachimbos e a possível transmissão de doenças através da saliva ou de sangue proveniente de algum ferimento na boca (SERRANO; SECCHI, 2007). Vale acrescentar que, em sua maioria, os usuários de crack improvisam cachimbos de aparatos de metal ou fumam em latas de alumínio.

Ao contrário do risco de infecção pelo HIV, que ocorre com o compartilhamento de seringas entre os usuários de drogas injetáveis, no caso do crack, pelo compartilhamento de cachimbos, não há transmissão da Aids, a não ser que haja ferimentos na boca, porém há evidências de transmissão de hepatite C e outras doenças. (SERRANO; SECCHI, 2007).

Em um estudo sobre a epidemia de HIV entre usuários de drogas injetáveis na Região Metropolitana de Santos, baseado na existência de três estudos anteriores, encontramos resultados interessantes a respeito do comportamento desta população em relação ao uso de crack. Segundo os autores:



Há ainda um acentuado aumento do consumo de cocaína em forma de pedras de crack para uso fumado, no decorrer da década de 90, entre UDIs (10%; 60% e 67% respectivamente). Esta tendência de expansão do uso de crack é verificada em todo Brasil, e particularmente no Estado de São Paulo, durante a década estudada (21-25). (MESQUITA et al., 2001, p. 25).

Os efeitos euforizantes e desinibidores provocados pelo crack e o aumento da excitação sexual podem favorecer práticas sexuais desprotegidas que colocam os usuários sob o risco de contágio e contaminação de HIV e de infecções sexualmente transmissíveis (IST). Além disso, é comum entre os usuários a troca de sexo por droga ou a prostituição, com o intuito de conseguir dinheiro para a aquisição da droga (FONSECA; BAS-TOS, 2005). A associação desses fatores proclama que práticas de Redução de Danos alcancem os usuários de crack com urgência.

O Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (Proad) do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina (Unifesp) defende que, segundo os princípios da Redução de Danos, um paciente pode decidir substituir uma droga por outra que lhe cause menos prejuízo e revela que tem desenvolvido pesquisa que investiga o uso terapêutico de Cannabis na dependência do crack (MOREIRA; SILVEIRA, 2003). No entanto, “o presente estado de ilegalidade e intolerância legal e cultural em relação ao uso de Cannabis vem impossibilitando a continuação de estudos sobre sua aplicabilidade como substituto do crack” (MACRAE; GORGULHO, 2003, p. 371).

Em um estudo feito na cidade de São Paulo, nos anos 2004-2005, objetivando caracterizar a situação do uso de crack e o perfil sociodemográfico do seu usuário, encontrou-se como

resultado que o uso de múltiplas drogas é característica observada no padrão compulsivo de uso, substituindo o uso exclusivo de crack, e que este uso múltiplo possibilitaria manipular a intensidade ou a duração dos efeitos desta droga, podendo ser utilizado como paliativo dos efeitos indesejados ou com a finalidade de potencializar os efeitos positivos. Os entrevistados relataram que o álcool, a maconha e o cloridrato de cocaína são as drogas que mais freqüentemente se associam ao uso de crack, sendo a maconha usada como paliativo para os efeitos negativos do crack. Em relação ao perfil, a maioria dos usuários de crack eram homens, jovens, solteiros, com baixo nível de escolaridade e sem vínculos empregatícios formais. (OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

Entendemos que o movimento de Redução de Danos sofre alterações significativas desde que foi pensado e incorporado como ação para usuários de drogas e que, na atualidade, as prerrogativas que o sustentam ultrapassam os kits profiláticos e/ou as terapias de substituição. Desse modo, a lógica da RD se amplia e inclui questões que vão além da saúde, englobando práticas sociais, políticas, éticas e ideológicas a respeito das drogas.

Em relação aos usuários de crack, acreditamos que as ações de Redução de Danos empreendidas para abordá-los devem contemplar um leque de alternativas e possibilidades as mais variadas, em função da deterioração física, social e subjetiva. Desse modo, não se trata apenas da utilização de estratégias de prevenção ou de tratamento, mas da necessidade de um suporte social e comunitário que deve estar presente na filosofia e na atuação.

A forma como os usuários de crack têm descrito suas experiências com a droga se traduz por uma forte compulsão, fissura, descontrole, sujeição, produzindo uma relação conflitiva, qualificada como de amor e ódio, como algo que inunda o corpo

do sujeito e o faz esvanecer, que oscila entre o mais absoluto prazer e a depressão, evidenciando um estado de dependência do qual o sujeito diz não saber como escapar. Observamos nas ruas, escutamos da mídia sensacionalista e do senso comum e, sobretudo, nos relatos de familiares e dos próprios usuários, nos serviços de tratamento, um posicionamento de inteira submissão à droga, o que indica uma subjetividade devastada que precisa de elementos reais e imaginários para ser reconstituída.

Apreende-se da revisão de literatura que realizamos sobre o assunto que as iniciativas de Redução de Danos para usuários de crack já são uma realidade, mas seguem um ritmo muito mais lento do que a velocidade da referida droga, tanto no que diz respeito aos seus efeitos, quanto ao ritmo para a aquisição e repetição do seu consumo. Não é à toa que o crack é considerado, por muitos usuários, como a droga da velocidade.

Outro fato que merece atenção é que as referências ao tratamento para usuários de crack na perspectiva de Redução de Danos encontradas na literatura, na sua maioria, são de estratégias que visam proteger a saúde dos usuários ou evitar riscos de agravos. Na literatura, pouco se encontra uma abordagem psicológica ou realizada por equipe multiprofissional especificamente para esses usuários.

Os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS-ad), foram criados para prestar atendimento, de modo interdisciplinar, aos seus pacientes, respeitando a particularidade de cada caso e com o objetivo de expandir sua atuação para o território do usuário. Entre os pressupostos que sustentam as ações do CAPS-ad estão aqueles baseados na Redução de Danos que mostram um olhar mais ampliado para as questões do contexto sócio-político-cultural, imprimindo um tratamento que não tem a abstinência como condição e objetivo, mas que privilegia cada indivíduo e seu contexto de vida.

Recentemente, no Caps-ad de Salvador-Bahia, foi criado um grupo terapêutico destinado especificamente a usuários de crack que tem como principal objetivo refletir sobre estratégias que possam colaborar no sentido de uma reestruturação da subjetividade, tão devastada em seus discursos.

### A abordagem religiosa

Na atualidade, um número cada vez maior de pessoas adere a práticas religiosas buscando alívio do sofrimento e/ou suporte para as dificuldades enfrentadas. No que diz respeito aos usuários de drogas, os centros de recuperação de base religiosa têm se fortalecido e crescido como uma possibilidade de oferta de tratamento.

Cabe aqui a distinção entre religião e religiosidade. Pargamet define religião como “um sistema de crenças a que um indivíduo adere” e defende que

[...] o conceito de religiosidade repousa sobre aquilo que é sagrado e sobre a busca de significado, envolvendo expressões de espiritualidade, expressões tradicionais de fé, participação em igrejas estabelecidas, ações políticas e sociais, e atos pessoais de misericórdia e compaixão. (apud ABDALA et al., 2009, p. 447).

O segundo conceito é mais apropriado para a finalidade deste trabalho por alcançar maior abrangência, estando a religião incluída nele.

Pesquisas revelam que tratamentos baseados nessa abordagem trazem bons resultados para o fim a que se propõe, ou seja, a abstinência. Sanchez e Nappo (2008), em um trabalho intitulado “Intervenção religiosa na recuperação de dependen-

tes de drogas”, revelam que esse modelo de tratamento é bem sucedido e descrevem a religiosidade como medida de proteção ao envolvimento com drogas para aqueles que a concebem como algo relevante.

Autores que investigam o tema no Brasil consideram que o êxito reside no fato de esse tipo de tratamento oferecer grupos acolhedores que produzem uma identificação entre os seus membros, favorecem a reconstrução da autoestima e possibilitam a criação de novos vínculos sociais. Uma segunda hipótese se sustenta no fato de a crença em Deus ou em um Ser superior ter o poder de livrar o indivíduo das intempéries da vida, desde que o indivíduo siga os ensinamentos e nele creia com toda a fé (SANCHEZ; NAPPO, 2008). Aqui, a oração e o poder de Deus produzem alívio e quietude, possibilitando uma existência livre do pecado e dos atos que comprometem o homem na vida terrena e na espiritual. Segundo Freud [1930], o homem compreende a religião como:

[...] sistema de doutrinas e promessas que, por um lado, lhe explicam os enigmas deste mundo com perfeição invejável, e que por outro lhe garantem que uma providência cuidadosa valerá por sua vida e o compensará, numa existência futura, de qualquer frustração que tenha experimentado aqui [...]. (1988, p. 82).

A religião, para Freud ([1930] 1988), é uma construção do homem assim como a intoxicação, e ambas são utilizadas como formas de evitar o sofrimento provindo do próprio corpo, do mundo exterior ou do outro, seu semelhante. A droga é anestésica e a religião abre possibilidades de uma “salvação”. A crença em Deus, em um ser supremo, sustenta o indivíduo marcado por tantas incertezas.

Na contemporaneidade, vivenciamos um momento de transformação intensa decorrente do avanço científico, tecnológico e farmacológico, das inovações no campo da reprodução assistida, da hegemonia do mercado, enfim das modificações, inclusive no campo da ética. Há um evidente declínio de fatores estruturantes da existência humana, de queda dos ideais, de declínio da autoridade e da lei e isto tem conseqüências, inclusive, na representação que o homem tem de si mesmo. “A condição subjetiva está submetida à historicidade” (DUFOUR, 2005, p. 24).

O declínio da autoridade pode ser considerado, na atualidade, como um dos responsáveis pelos fenômenos crescentes de violência, sobretudo nas grandes cidades. Nas sociedades pós-industriais e, sobretudo, a partir do século XX, aumentam os atos violentos com características do explícito. O uso abusivo de drogas aparece associado, sobretudo pela mídia, a esses atos. No entanto, não seria essa mais uma forma de extravasar, colocar em ato, no concreto do mundo, o que não encontra escoadouro simbólico? (RÊGO, 2010).

Segundo Dufour, “[...] o sujeito não é mais definido na sua relação de dependência a Deus, ao Rei ou à República, sendo obrigado a se definir por ele mesmo” (2005, p. 88). Essa constatação evidencia a fragmentação ou declínio da autoridade, exigindo que providências sejam tomadas para lidar com essa carência. Aqui, o sujeito, inundado por uma falta de sentido sem intermediação simbólica, passa facilmente ao ato e a droga se presta bem a este papel.

Nesse contexto, a religiosidade emerge como uma tentativa de resposta, resgate dessa figura de autoridade localizada anteriormente na figura do pai, sugerindo que alguns recursos sejam introduzidos para amenizar a angústia e contornar o vazio. O papel desempenhado pela religião faz pensar que,

nesses sujeitos, é imprescindível um lugar para se ancorar, é necessária a existência de algo que edifique, que ofereça borda, que promova quietude e que se preste a resgatar o sentido que o mundo moderno tenta aniquilar.

Existe aí uma aparente contradição, já que, ao mesmo tempo em que se afirma o declínio da crença no poder absoluto de um pai, de um Deus, busca-se reinventá-lo. Mais uma vez, encontramos em Freud elementos que corroboram essa discussão:

Concede-se especial importância ao caso em que a tentativa de obter uma certeza de felicidade e uma proteção contra o sofrimento através de um remodelamento delirante da realidade, é efetuada em comum por um considerável número de pessoas. As religiões da humanidade devem ser classificadas entre os delírios de massa desse tipo. ([1930] 1988, p. 89).

Freud considera, então, a religião como um dos modos de “remodelamento da realidade”, o que pode facilmente explicar a sua utilização como substituto do uso intensivo de drogas, que também se presta a construir uma outra realidade, provisória, mas eficaz.

Os tratamentos sustentados na religiosidade, em geral, utilizam a palavra de Deus, a oração, como principal estratégia para o tratamento: esse é o caso das comunidades terapêuticas (CT), centros de recuperação que apresentam como método de tratamento a “cura pela fé” e se baseiam na ajuda mútua, onde internos, que já tem um percurso no centro e se encontram bem e ex-dependentes acolhem e auxiliam os novatos. Esses centros apresentam regras e normas bem definidas e oferecem uma acolhida afetiva, sugerindo uma convivência harmônica entre os pacientes. (SABINO; CAZENAVE, 2005).

Os grupos de Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA), que também se constituem em grupos de ajuda mútua para usuários de álcool e outras drogas, professam uma filosofia comum que traz embutido um forte caráter de espiritualidade e religiosidade, evocando a Deus e a forças superiores, conforme se verifica na descrição dos doze passos criados por eles para direcionar o tratamento.

Na revisão da literatura realizada, no caso dos tratamentos com ênfase na religiosidade, não aparecem estratégias diferenciadas para lidar especificamente com o usuário de crack. O tratamento ofertado é destinado a todos que se disponham a se manter abstinente, independente da droga que utilizem, e acreditem no poder que a oração tem para resgatar o indivíduo e conduzi-lo a uma vida sem drogas, com maior bem estar e confiança em Deus. Depreende-se disto que a particularidade da droga ou dos sujeitos que a utilizam não são postas em questão; a subjetividade não é trabalhada neste modo de tratar. No entanto, isso não significa que o tratamento baseado na religiosidade não surta efeito, ao contrário, as pesquisas aqui citadas demonstram que resultados positivos são alcançados.

Um estudo qualitativo, já referido neste texto, realizado na cidade de São Paulo, nos anos de 2004–2005, com o objetivo de analisar intervenções religiosas para recuperação da dependência de drogas demonstra que a busca pelo tratamento religioso, nas três religiões enfocadas, evangélica, católica e espírita, apresenta em comum a oração ou a prece como método que faz estar em contato com Deus e que auxilia nos momentos da fissura pela droga, que protege de recaídas e substitui o tratamento farmacológico, uma vez que a oração apresentaria um potencial ansiolítico. (SANCHEZ; NAPPO, 2008).

Outro estudo, com alunos universitários de uma escola cristã, que objetivou descrever a influência da religiosidade nas



práticas de saúde, apresenta um índice de 81,2% de convicção de que as crenças religiosas ajudam na abstinência de drogas. No mesmo estudo se investigou qual a importância das crenças para o abandono ou a redução do uso de drogas e 90,4% responderam que acreditavam necessitar de ajuda sobrenatural para o abandono ou mesmo para a redução do uso de drogas. (ABDALA et al., 2009).

Instigados pelo fato de a maioria das pesquisas sobre o uso de drogas em adolescentes investigarem geralmente os fatores de risco, Sanches, Oliveira e Nappo (2004) realizaram um estudo visando identificar os fatores que protegem os adolescentes contra o uso de drogas, apresentando como foco a religiosidade. Nessa pesquisa, os entrevistados apontaram o fator religiosidade como o segundo fator de proteção, só perdendo para a família, que foi o fator protetor mais referido. Para 75% dos não usuários, a religiosidade funcionaria como importante para o adolescente não se envolver com drogas, e para 50% dos usuários a religiosidade auxiliaria na redução ou no abandono do uso.

## Considerações finais

O uso de drogas na contemporaneidade desponta como sintoma social, reflexo de uma sociedade massificada onde reinam os discursos da ciência e do capitalismo. Nesse mundo globalizado, onde o que impera é a lógica da satisfação imediata, a anulação das diferenças, a minimização dos ideais e dos valores éticos e sociais, indispensáveis à sustentação da subjetividade, o que interessa é o ter, o possuir, em detrimento do ser. Consumir e ser consumido são as respostas para o imperativo categórico do mercado e a droga assume o estatuto de coisa a ser consumida, mais um produto disponível ao

consumo, e sua característica de produzir satisfação imediata, como profetiza o mundo contemporâneo, propicia espaço para as toxicomanias. (RÊGO, 2010).

Nesse cenário, o crack se adéqua, pois responde bem aos critérios de imediatismo e velocidade, típicos da atualidade, por ser uma droga com alto poder de produzir prazer numa velocidade instantânea e por um curtíssimo espaço de tempo. Os efeitos produzidos por essa droga, e confirmados pelos usuários, são justificados, do ponto de vista farmacológico, pelo fato de o crack ser uma droga potente e utilizada por uma via de absorção que consegue chegar rapidamente na corrente sanguínea, produzindo, assim, intensa euforia e sensação de prazer. Na maioria das vezes, o crack conduz o indivíduo a um uso compulsivo e de dependência, apontando desse modo, para a necessidade de tratamento.

Destacamos a religiosidade e a redução de danos como saídas possíveis, considerando que são dois modelos fortes, de grande abrangência e aparentemente divergentes. Ao mesmo tempo, identificamos que ambos se propõem a atingir o usuário, sobretudo aqueles nomeados toxicômanos, ou seja, aqueles que apresentam uma maior adesividade ao objeto droga e estabelecem uma relação fusional com ela.

O tratamento baseado na religiosidade, através da palavra de Deus, oferece, em nossa opinião, um substituto para o produto. Aí não existe diferença entre os diversos produtos nem entre os usuários: nas suas particularidades, todos são iguais perante Deus e o fato de apresentar a mesma problemática, ou seja, usar drogas os une. Esse modelo facilita a identidade grupal, o que favorece um sentimento de pertencimento reforçado pelo apoio, estabelecimento de vínculos e restauração dos laços sociais dos usuários. Ocorre, então, um deslocamento da droga para a palavra de Deus, mas a posição do sujeito é a mesma.

Entretanto, essa proposta tem resultados, pois oferece ao usuário um ancoradouro, algo que o sustenta, como a droga fazia anteriormente. Em nome de Deus, de uma autoridade maior, eles vêm buscar a “cura”. A abstinência, proposta por este modelo, é a condição e o objetivo do tratamento.

O modelo sustentado nos princípios da redução de danos, ao contrário, não visa a abstinência, mas aponta para a necessidade do cuidar de si. O que está em jogo é o modo como se usa a droga para não prejudicar a si mesmo e ao outro. Nessa proposta, está embutido o respeito ao usuário, tratado como cidadão comum, com direitos e deveres, inclusive o direito de escolher continuar fazendo uso da droga, de modo responsável e com minimização dos danos.

As estratégias de redução de danos são variadas e dependem de interpretações diferentes. Alguns pensam esta prática como apenas um modo de facilitar, evitar a contaminação de certas doenças, outros já trabalham na perspectiva de responsabilização do usuário. Esta discussão é ampla e abrange aspectos éticos.

Nesse modelo se considera as características individuais do usuário e os efeitos causados por cada droga. No caso do crack, como ressaltamos anteriormente, que tem características muito particulares, as estratégias de redução de danos visam minimizar os problemas decorrentes, fazendo o usuário reduzir ou substituir o crack por outras drogas. Para tanto, se disponibiliza instrumentos profiláticos, se oferece espaço de informação e reflexão sobre os prejuízos que o consumo abusivo e inadequado pode causar e, em alguns centros especializados, já existem grupos terapêuticos que trabalham numa perspectiva mais subjetiva, fazendo o usuário se questionar minimamente sobre as razões do seu consumo.

As estratégias de redução de danos já comprovaram, através de muitos estudos, que surtem resultados positivos e também são bem aceitas em serviços de tratamento especializados que as utilizam. No entanto, vale ressaltar que ainda são poucos os estudos que abordam a redução de danos associadas diretamente ao consumo de crack, e que iniciativas deste tipo precisam ser discutidas, aprofundadas e incentivadas, tanto no âmbito do tratamento, como em esferas mais amplas, já que as causas e conseqüências associadas ao uso desta droga se revelam como problema de saúde pública.

## REFERÊNCIAS

ABDALA, G. A.; et al. A religiosidade /espiritualidade como influência positiva na abstinência, redução e/ou abandono do uso de drogas.

**Revista das Faculdades Adventistas da Bahia**; formadores: vivências e estudos, v. 2, n. 3, p. 447-60, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral e usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CARLINI, E. A. Redução de danos; uma visão internacional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 52, n. 5, p. 335-9, 2003.

CARLINI, E. A.; et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil; estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país**, 2005. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2006.

DIAS, J. C.; et al. Redução de danos: posição da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Brasileira para Estudo do Álcool e Outras Drogas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 52, n. 5, p. 341-48, 2003.

DUFOUR, D. R. Da modernidade à pós modernidade: referências. In: DUFOUR, D. R. **A arte de reduzir as cabeças**: sobre a nova servidão

na sociedade ultraliberal. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2005. p. 23-116.

FONSECA, Elize M.; BASTOS, Francisco Inácio. Política de Redução de Danos em perspectiva: comparando as experiências americana, britânica e brasileira. In: ACSELRAD, Gilberta. (Org.). **Avessos do prazer: drogas, Aids e direitos humanos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 289-310.

FREUD, S. (1930 [1929]). O mal estar na civilização. In: \_\_\_\_\_. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Tradução J. Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1988. v. XXI, p. 73-148.

GALDURÓZ, J. C. F.; et al. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país, 2001. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 13 (n. esp), p. 888-95, 2005.

LEITE, M. C. (Org.). Abusos e dependência de cocaína: conceito. In: LEITE, M. C.; ANDRADE, A. G. **Cocaína e crack; dos fundamentos ao tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999. p. 25-41.

MACRAE, E.; GORGULHO, M. Redução de danos e tratamento de substituição: posicionamento da rede brasileira de redução de danos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 52, n. 5, p. 371-4, 2003. Disponível em: <[http://www.neip.info/upd\\_blob/0000/11.pdf](http://www.neip.info/upd_blob/0000/11.pdf)>.

MESQUITA, F.; et al. Aids entre usuários de drogas injetáveis na Região Metropolitana de Santos na década de 1990. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **A contribuição dos estudos multicêntricos frente à epidemia de HIV/Aids entre UDIs no Brasil: 10 anos de pesquisa e redução de danos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MOREIRA, F.; SILVEIRA, D. Posicionamento do Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (Proad). In: CARLINI, E. A. Posicionamento da Unifesp sobre Redução de Danos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 52, n. 5, p. 366-369, 2003.

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 664-71, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/6645.pdf>>.

RÊGO, Marlize; et al. Estratégias clínicas numa instituição para toxicômanos. In: NERY FILHO, Antonio. (Org.) **Toxicomanias: incidências clínicas e sócio-antropológicas**. Salvador: EDUFBA; CETAD, 2009. p. 221-30.

RÊGO, Marlize. **Espaço família; intervenção em uma instituição para usuários de drogas**. Salvador: EDUFBA; CETAD/UFBA, [2010]. Coleção Drogas: Clínica e Cultura. (no prelo).

SABINO, N. D. M.; CAZENAVE, S. O. S. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para dependência de substâncias psicoativas. **Estudos de Psicologia**, v. 22, n. 2, p. 167-74, 2005.

SANCHEZ, Z. V. D. M.; NAPPO, S. A. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 265-72, 2008. Disponível em: <[http://www.abead.com.br/artigos/arquivos/Intervencao\\_religiosa\\_drogas.pdf](http://www.abead.com.br/artigos/arquivos/Intervencao_religiosa_drogas.pdf)>.

SANCHEZ, Z. V. D. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 43-55, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19822.pdf>>.

SERRANO, A. I.; SECCHI, J. Z. Condições para a busca de reconhecimento legal dos programas de redução de danos e distribuição de cachimbos para dependentes de crack. **NEJ – Novos Estudos Jurídicos**, v. 12, n. 2, p. 267-75, jul./dez. 2007. Disponível em: <<http://www6.univali.br/seer/index.php/nej/article/view/468/410>>.

SILVA, E. F., et al. Caracterização do consumo de drogas ilícitas entre escolares do ensino médio do município de São José do Rio Preto, SP, Brasil. **Arq Cienc Saúde**, v. 14, n. 3, p. 135-9, 2007. Disponível em: <[http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/vol-14-3/IIIDDD189.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-3/IIIDDD189.pdf)>.

SILVEIRA, C.; et al. Política do Ministério da Saúde para atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 52, n. 5, p. 349-54, 2003.

# A LUTA POR DIREITOS: OS CAMINHOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA BAHIA<sup>130</sup>

*Aline de Oliveira Costa*<sup>131</sup>

## O uso de drogas e o campo da saúde no Brasil

O uso de substâncias psicoativas é comum desde a Antiguidade, quando o seu consumo para provocar alterações de consciência e no comportamento era difundido e constante. MacRae (2001) nos aponta que o uso dessas substâncias foi bastante diferenciado durante os tempos e os lugares, no decorrer da história, pois antes da Era Cristã já se fazia o uso medicinal do ópio para o alívio e o esquecimento do sofrimento e do cânhamo, a papoula e diferentes tipos de tabaco também, principalmente em rituais religiosos, em festas místicas, para a busca da comunicação com os espíritos e para alcançar os deuses.

No Brasil, desde o início do século XX, o uso de drogas passou a ser tomado por duas vertentes, a judicial e a da saúde. No campo da saúde, a prática era o tratamento psiquiá-

---

<sup>130</sup> Trabalho de conclusão do curso de Especialização Psicoativos: seus usos e usuários – CETAD/UFBA – Salvador, 2009. Orientadora Patricia von Flach.

<sup>131</sup> Especialista em Saúde Mental/Saúde Coletiva e em Atenção Integral ao Uso e aos Usuários de Álcool e outras drogas – CETAD/UFBA. Apoiadora Institucional da Política Nacional de Humanização do SUS, Ministério da Saúde.

trico compulsório, sendo os usuários trancafiados em clínicas privadas, comunidades terapêuticas ou mesmo em hospitais públicos psiquiátricos.

Todavia, em 1988, com a Constituição Federal Brasileira (CF/88), estabeleceu-se uma nova base legal para a atenção à saúde no país, considerada como um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado. A partir das Leis Federais n° 8.080/1990 e n° 8.142/1990 foi estabelecido o Sistema Único de Saúde (SUS), com princípios e diretrizes a serem seguidos pelas três esferas de governo: União, Estados e Municípios. Além disso, a saúde passa a ser compreendida não apenas como “ausência de doença”, mas com maior amplitude, como produção social determinada pelos modos de vida sociais, econômicos e culturais dos sujeitos.

Ao considerar o processo de saúde como uma produção social, o SUS é regulamentado por princípios e diretrizes. São eles: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização, regionalização e participação da comunidade. Tal participação se efetiva através do controle social, de modo que os serviços de saúde devem ser cogерidos, possibilitando a inclusão de novos sujeitos nos processos de decisão na saúde. (BRASIL, 2004a).

Acompanhando esse processo de mudança no país, denominado Reforma Sanitária, temos o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira que visa a superação do modelo asilar que aprisionou e tratou de modo violento a loucura e os usuários de álcool e outras drogas, por muitos anos. Diante das inúmeras denúncias de maus-tratos em instituições totais, os modos de tratar a questão da droga ganham novos espaços. A partir de 2002, o Ministério da Saúde assume essa questão como um problema de saúde pública, regulamentando um serviço denominado de Centro de Atenção Psicossocial para Usu-



ários de Álcool e outras Drogas (CAPS-ad), um serviço de base territorial e comunitária, com a proposta de tratamento espontâneo em que a lógica da abstinência foi abolida.

Em 2003, foi criada a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas e, em 2005, tem-se a regulamentação, através da Portaria GM nº 1.028/05, da Política de Redução de Danos (RD). É nesse contexto que o uso abusivo de álcool e outras drogas passa a ser tomado como um problema de saúde pública, ou seja, a Política do Ministério destaca que a lógica da criminalização e da exclusão deve ser combatida em prol de uma outra maneira de pensar e fazer que experimente as diferentes contribuições, fazendo as interpelações umas das outras. Essa outra lógica é denominada de transversalização.

Parece que hoje aí reside o grande desafio: instaurar em todos os campos da saúde pública uma atitude que, ao mesmo tempo, garanta as especificidades acumuladas ao longo do tempo em cada núcleo de saber e, para além disso, consiga fazer atravessar tais saberes uns sobre os outros, de modo a construir novos olhares, novos dispositivos de intervenção. (BRASIL, 2003, p. 9).

Outra questão proposta por essa Política é o reconhecimento do usuário, de suas características e necessidades que atenta que, para implantar programas de prevenção, tratamento e promoção de saúde dos usuários, é necessário buscar estratégias com os próprios usuários, seus familiares e a comunidade em que vivem. De acordo com Yasui et al.:

[...] a realização do trabalho com a comunidade deve ser outra frente de ação na aproximação com a associação de moradores, escolas, centros comunitários, conselhos

locais de saúde e inclusive o atendimento a familiares, de modo a diminuir o estigma e provocar paulatinamente a promoção de laço social. Associado ao trabalho assistencial, o CAPSad tem como função contribuir na ordenação da rede de cuidados sejam eles no particular de cada sujeito ou na esfera coletiva das relações intra-institucionais entre seus agentes e entre estes e a clientela. (YASUI et al., 2009, p. 3).

Corroborando essa ideia, mostra-se a importância da participação social proposta pelo SUS na implementação de suas políticas que representa um espaço de abertura para a construção de processos de responsabilização do cuidado e a sua efetivação como políticas públicas.

No que tange ao modelo de atenção voltado para esses usuários, a lógica de Redução de Danos tem se afirmado como estratégia clínico-política, pois se efetiva através de redes de suporte social no território, rompendo com as práticas repressivas de abstinência e articulando diversos dispositivos de saúde. “Assim, a ação da RD transforma os territórios da violência onde atua em espaços de ampliação de vida” (LANCETTI, 2006, p. 38).

Alguns fatores, sugere Machado (2005), podem ser apontados como favoráveis à consolidação da política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil, dentre eles, a criação do SUS, a implementação de programas de redução de danos e o processo de reestruturação da atenção em saúde mental, além do agravamento dos problemas sociais associados ao consumo e ao tráfico de drogas, convocando o Estado a intervir, de modo a conservar sua legitimidade e a ordem social.

E como o compromisso do SUS é produzir saúde em defesa da vida, o Ministério da Saúde tem apostado na criação

e manutenção de equipamentos, na qualificação de seus profissionais, na formulação de políticas de saúde em articulação com outras áreas afins e na execução e avaliação destas políticas. A garantia do acesso aos serviços e da participação do usuário em seu tratamento são princípios assumidos pelo SUS como direitos a serem garantidos. Isto se dá por meio do estabelecimento de vínculos com a instituição de saúde, da construção da corresponsabilidade para o tratamento, transformando os serviços em locais de acolhimento e enfrentamento coletivo das situações ligadas ao problema, pois

[...] quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos de, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento. (BRASIL, 2003, p. 10).

Contudo, a criação do SUS só foi possível com a mobilização e o engajamento de diversos segmentos sociais em um enfrentamento de iniquidades no acesso aos serviços de saúde e em defesa dos direitos do cidadão. Com os usuários de álcool e outras drogas, não foi diferente. Investigar se houve mobilizações da sociedade civil, das associações e organizações comunitárias, na consolidação das políticas públicas de saúde na Bahia é o propósito deste artigo.

Nesse sentido, considerando que o enfrentamento dessa problemática constitui uma demanda mundial, pretende-se contribuir para a superação das lacunas acerca do conheci-

mento sobre a participação social na implementação da Política de Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas no Estado da Bahia, buscando cartografar os movimentos organizados e identificar suas participações nos espaços de definição das políticas.

### Cartografando a participação social na construção de políticas públicas sobre álcool e outras drogas na Bahia

Há diversas definições para a participação social em saúde que podem ser agrupadas em dois tipos (MORGAN, 2001): participação como meio ou perspectiva utilitária; e participação como fim, ou perspectiva de *empowerment*. De acordo com Vazquez (2003), como meio, a participação da sociedade é utilizada para alcançar objetivos definidos pelas instituições, como uma alternativa estratégica emergencial ou de intervenções prioritárias. Já a perspectiva de participação como fim em si mesma reconhece o direito da população de participar nas decisões que afetam sua vida cotidiana e se promove como espaço democrático para o controle social das instituições.

Trabalhando nessa última perspectiva, faremos uma caminhada pelas redes de forças às quais os atores relacionados ao uso de drogas estão conectados. Tal caminhada, desde os movimentos pela saúde, é denominada cartografia. Segundo Passos e Benevides de Barros, a cartografia é um método de pesquisa que se dá no plano da experiência, construída caso a caso, de modo transversal, com vistas a analisar processos e produzir novas realidades. “O método da cartografia implica também a aposta ético-política em um modo de dizer que expresse processos de mudança de si e do mundo” (2009, p. 170).

Cartografando a participação social na Bahia em prol de políticas públicas de saúde e buscando grupos e coletivos orga-

nizados para discussão, construção e implementação da Política de Atenção aos usuários de álcool e outras drogas, foram encontradas várias dificuldades, sobretudo no registro destas participações. Na Bahia, houve, desde a década de 80, a criação do Centro de Estudo e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD). Ainda assim, pouco se tem registrado sobre a participação social dos atores (usuários e familiares) envolvidos nesta temática.

Em uma busca na literatura produzida<sup>132</sup>, não foi encontrada nenhuma publicação que relate, analise ou discuta a participação social dos usuários e familiares no processo de implementação da Política de Atenção ao Usuário de Álcool e Outras Drogas, especificamente na Bahia.

Alves atenta que a organização política de usuários, familiares e trabalhadores que lidam com a questão de álcool e outras drogas na Bahia é muito tênue e sugere que isso se dá pela alta rotatividade dos usuários nos serviços de saúde e pela tímida atuação dos profissionais na mobilização destes usuários. “A atuação dos profissionais no sentido do fomento à organização política dos usuários, em linhas gerais, tem se mostrado muito tímida” (2009, p. 312).

Contudo, em relação às mobilizações sociais voltadas para a discussão da atenção aos usuários de álcool e outras drogas, não podemos deixar de considerar a existência de grupos e movimentos que resistiam (e resistem) às linhas de poder que atravessam o campo das drogas. Tal movimento, relacionado com a Reforma Psiquiátrica e o Movimento da AIDS no Brasil, foi delimitado como Redução de Danos.

A RD foi um efeito e, ao mesmo tempo, uma peça de engrenagem na construção de uma teia de relações que, durante as décadas de

---

<sup>132</sup> Pesquisa realizada nos portais BIREME, SCIELO e LILACS, em maio de 2010.

70 e 80, atravessou o campo da Saúde. Animada enquanto movimento social, essa rede foi constitutiva de um novo sentido para a Saúde Pública [...] como possibilidade de construir uma política pública sobre drogas que permita a participação dos próprios usuários. (SOUZA, 2007, p. 44).

No âmbito nacional, foi criada em 1997, a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA), que tem como papel fundamental a discussão sobre a Redução de Danos em diversos fóruns, propondo políticas públicas para drogas, além de capacitar e articular os PRD já existentes. Souza (2007) afirma que a ABORDA mobilizou redutores de danos e usuários de drogas para que se organizassem politicamente, fundando diversas ONGs pelo Brasil. Como exemplo desse processo, cita o surgimento de associações de RD no interior dos Centros de Referência Nacional de Álcool e Drogas, tais como a Associação Carioca de Redução de Danos (ACRD), fundada em 1999, a partir da iniciativa de redutores de danos que trabalhavam no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas (NEPAD)/UERJ e a Associação Baiana de Redução de Danos (ABAREDA), fundada em 2001, no interior do CETAD/UFBA.

Segundo Dias, no atual momento político, a ABORDA quer ampliar a dimensão de movimento social presente na RD “na abertura de espaço para uma nova visão sobre usuários de drogas e sobre o fenômeno social ‘drogas’” (2009, p. 11).

Especificamente na Bahia, além da ABAREDA, principal movimento do Estado para o exercício da RD, pode-se verificar registros de participação social de coletivos organizados que possuem influência no processo de construção e implementação de políticas de saúde voltadas para álcool e drogas: duas associações e dois núcleos de âmbito universitário, ou seja, grupos de pesquisa da Universidade Federal da Bahia.

Dentre as associações que contam com o apoio do CETAD-UFBA, uma é a Ativistas, Redutores de Danos e Pesquisadores Associados (ANANDA), que trabalha com estudos interdisciplinares sobre plantas *cannabaceae* e é composta por um coletivo de estudantes, redutores de danos, profissionais e pesquisadores que procura promover pesquisas e debates científicos, intervenções de saúde e direitos humanos, ativismo sociopolítico e outros tipos de atividades voltadas para a construção de uma relação mais humana, justa e eficaz com as pessoas que consomem Cannabis e outras drogas<sup>133</sup>.

Outra associação baiana é o Coletivo Balance, que tem trabalhado com Redução de Danos nas festas de música eletrônica, sobretudo com informações acerca de drogas sintéticas, e é composto por profissionais como psicólogos, médicos, antropólogos e pesquisadores da questão das substâncias psicoativas, bem como produtores e cidadãos da cena eletrônica para pensar e realizar tais ações como estratégias de prevenção.

No âmbito universitário, existe o Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos (NEIP), que reúne estudiosos da área de Ciências Humanas vinculados a diversas instituições para promover uma reflexão conjunta sobre o tema das drogas, problematizando sua proibição e seus efeitos no campo social.

Há também a Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti (ARD-FC), um serviço de extensão permanente da Faculdade de Medicina da UFBA, constituído a partir do desmembramento do corpo técnico e dos projetos executados pelo Programa de Redução de Danos do CETAD<sup>134</sup> que possui projetos e atua em parceria com a Coordenação de DST/AIDS do Ministério da Saúde.

---

<sup>133</sup> Informações obtidas através do site: <http://www.growroom.net>

<sup>134</sup> Informações obtidas através do site: <http://www.fameb.ufba.br/ard-fc/alianca/welcome.htm>.

Entretanto, quando se busca publicações sobre a participação dessas associações no âmbito das políticas públicas do Estado da Bahia, vê-se que o movimento encontrado é muito incipiente, ou seja, há grandes dificuldades de se manterem como coletivos organizados que trabalhem para a promoção de espaços democráticos, em que a participação social seja apontada como fim, como empoderadora da implementação de políticas. Alves em sua pesquisa aponta que:

Durante uma assembléia, ao apontar a necessidade de organização dos usuários para reivindicar a atenção de suas demandas em relação à melhoria de infraestrutura do serviço, profissionais foram convidados a refletir sobre a ausência de sua própria mobilização política. Evidenciava-se, naquele episódio, não apenas a incoerência argumentativa dos profissionais, mas, sobretudo, a fragilidade dos movimentos sociais no campo de saúde mental no município de Salvador e no estado da Bahia. (2009, p. 313).

Diante dessa dificuldade, fomos investigar outro espaço de discussão sobre políticas de atenção ao usuário de álcool e outras drogas no âmbito público: os Planos de Governo e as atas do Conselho Estadual de Saúde (CES)<sup>135</sup> da Bahia, que é um fórum instituído e legítimo para a realização destas discussões. De acordo com Flach, ao verificar as atas do CES da Bahia, a questão de saúde mental, álcool e outras drogas teve

---

<sup>135</sup> Garantido pela Lei Federal nº 8.142/1990, o Conselho Estadual de Saúde tem caráter permanente e deliberativo. É um órgão colegiado, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de Saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.



pouca ênfase, sendo contemplada em apenas uma ata, que se referia ao Plano Estadual de Saúde (2008-2011).

Ações específicas para promoção da saúde de usuários de álcool e outras drogas são citadas no compromisso de promover o 'desenvolvimento da Política Estadual de Promoção da Saúde, através da ação estratégica de incentivo as ações de promoção da saúde em escolas públicas voltadas para a questão do consumo de álcool e outras drogas' (Agenda de Saúde 2007:46), tendo como órgão responsável a Superintendência de Vigilância Sanitária (SUVISA); a Superintendência de Atenção Integral a Saúde (SAIS); a Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH). (2010, p. 48).

Todavia, nessas agendas e ações, não é relatada a participação dos movimentos sociais relacionados ao tema das drogas que se propõem a estudos e ações cotidianas de grande relevância na atenção e discussão da temática os quais interferem nas ações políticas da Bahia, mas, que, embora muito atuantes, sem o apoio da sociedade civil e a participação dos usuários, se tornam frágeis em sua atuação na implementação da Política Pública de Atenção ao Uso de Álcool e outras Drogas.

### **A disputa de forças que se presentifica no campo das drogas**

Tomando o princípio do uso de drogas como fenômeno complexo, Fernandez nos aponta que existe um consenso que, para o estudo do uso de drogas, se deve considerar a relação entre três fatores constitutivos fundamentais: a substância, o indivíduo e o contexto social. "O 'problema das drogas', portanto, se coloca pela ótica relativa da cultura, pois são os compo-

mentes socioculturais fundamentais para a compreensão e a explicação deste fenômeno” (1997, p. 31).

Adotando esta perspectiva, Gey Espinheira, atenta para a banalização existente do consumo das substâncias psicoativas a partir da segunda metade do século XX, ou seja, um esvaziamento de significados dentro das pautas culturais definidas, pois as políticas governamentais de controle sobre tais substâncias classificam seus usuários de forma padronizada, com o surgimento de um tipo estereotipado do uso. Entretanto, num mundo de multiplicidades em que a ordem capitalista impera, o autor considera que “A dinâmica do consumo e as formas mutáveis de como a economia das drogas se organiza fazem com que o ‘problema das drogas’ seja reconsiderado sempre...” (2002, p. 11).

Sendo assim, o uso de risco e a dependência de substâncias psicoativas só podem ser entendidos enquanto vinculados a um sujeito singular, inserido numa determinada cultura, num dado momento histórico e sob um discurso de mercado que impera na contemporaneidade, pois “As drogas não têm o mesmo efeito para pessoas socialmente diferentes. E elas não são as mesmas para clientes diferenciados por renda e classe social” (ESPINHEIRA, 2002, p. 12).

Tais afirmações de Espinheira nos permitem pensar no modo de organização social contemporâneo, em que a questão das drogas se dá num embate de forças e estigmas. Na Bahia, essas forças se apresentam nas relações estabelecidas pelos atores (usuários, familiares e trabalhadores) que lidam com a questão das drogas e suas relações têm resultado, na maior parte das vezes, em redes de conflito. Segundo Alves, entre os usuários de Salvador, existe pouco espaço de solidariedade, poucas redes de suporte social. Outra questão apontada é que, entre esses usuários, a condição socioeconômica evidencia a

exclusão social, sendo muitas vezes vivenciadas situações de maus-tratos e de discriminação. “Além da condição de exclusão social, foram relatadas por alguns sujeitos [...] situações de discriminação e maus-tratos” (2009, p. 243).

Essas situações têm dificultado a participação desses usuários nos espaços de implementação de políticas públicas. Alves (2009, p. 250-254) afirma que o processo de inclusão social e participação desses sujeitos se dá em parte pelas condições socioeconômicas, cuja escassez de recursos pode ser acentuada em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, mas essas dificuldades também se mostraram em questões subjetivas, específicas da clínica desta população. Em relação aos profissionais do CAPSad, descreve a pouca participação e articulação com outros dispositivos e instituições de saúde, muitas vezes não ocupando os espaços deliberativos das políticas públicas.

Se ampliarmos a esfera de profissionais e atentarmos aos redutores de danos, podemos afirmar que, muitas das vezes, não foi possível que estes, em seu processo de trabalho, escapassem dos processos judiciais, das prisões, das “duras” e “porradas” dos policiais, tendo como campo de atuação um território totalmente marginalizado (SOUZA, 2007).

Na periferia de Salvador, o redutor de danos caminhava sobre as palafitas e, em meio ao lixo, encontrou seringas e latas velhas usadas para o consumo de cocaína e de crack. Moradores comentaram que convivem entre os ratos e que, além do redutor de danos, o único agente do Estado que, às vezes, passa por ali são policiais ‘atrás’ das drogas.<sup>136</sup>

<sup>136</sup> REDUÇÃO DE DANOS: UM OLHAR DE DENTRO. Direção, roteiro e produção ABAREDA e Marco Manso; Direção Geral Márcia Medeiros, Produção Executiva Beti Formaggini, Edição Flávia Celestino, Salvador: 2003. 1 videocassete.

Permeado por tantos desafios, falta de recursos, apoio estatal para a continuação de seu trabalho e a garantia de sua participação efetiva nos espaços civis organizados, os trabalhadores que lidam com a RD enfrentam cotidianamente a conjuntura totalitária estatal, que impõe limitações à construção de uma política democrática para as drogas. Para enfrentamento dessa situação, Foucault afirma que “as relações de força, as condições econômicas, as relações sociais não são dadas previamente aos indivíduos” (2008, p. 26). Trata-se, portanto, de se aproximar do poder concebendo-o como uma verdadeira engenharia da participação, o que significa que os interessados em perscrutá-lo devem, necessariamente, atentar para a visibilidade de suas relações, que provoca, induz e estimula disciplinamentos, constrangimentos, comportamentos e, até mesmo, emoções. Tais considerações reafirmam a questão de que o poder não é imputável ou localizável, mas sim se configura como uma instância transitória. Mas não só isto. Aludir ao mesmo como uma engenharia da participação acarreta, também, pensá-lo como fruto de uma lógica circunstancial que se faz presente cotidianamente.

Nos espaços de Governo para a construção de políticas públicas na Bahia, pode-se constatar que não existe um projeto claro e consistente voltado para a atenção aos usuários de álcool e drogas, existindo vários planos e programas construídos por profissionais, mas que não foram viabilizados pela gestão.

É possível concluir que as concepções ideológicas de alguns grupos hegemônicos e interesses corporativos e/ou políticos, num processo permeado por conflitos e correlações de forças externas e internas à organização, tem dificultado e, em alguns momentos, inviabilizado que a questão seja tomada pelo governo como prioridade a ponto de fazer parte consistentemente da sua agenda,

inclusive com o desenvolvimento de mecanismos que possibilitem sua implementação. Por sua vez, a falta de organização e expressão dos movimentos sociais na defesa dos direitos sociais e da cidadania dos usuários de álcool e outras drogas corrobora para o lugar de 'não existência' das Políticas Públicas na atenção a essa população. (FLACH, 2010, p. 127).

Afinal, a questão que se coloca é: como as diversas circunstâncias cotidianas (estigmas, ausência de participação, discussão sobre o uso de drogas) contribuem para o desencadeamento de práticas, não menos variáveis, de relações de poder?

Na Bahia, tem-se visto várias ações desenvolvidas pelas Comunidades Terapêuticas. Estas trabalham no cuidado do usuário de álcool e outras drogas baseado na lógica da abstinência. A Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate a Pobreza relatou-nos (via e-mail) que, em seu plano de ação social, contempla com recursos seis unidades no Estado. Entretanto, pode-se averiguar na Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (2004), que este modo não está de acordo com o proposto, pois o tratamento nestas instituições se dá através da associação drogas-comportamento antissocial (álcool) ou criminoso (drogas ilícitas), com a abstinência como único objetivo a ser alcançado. A referida política refere que, historicamente, frente a esse objetivo, são traçadas estratégias de redução de oferta e redução da demanda. Para a primeira, conta-se com a ação da justiça, da segurança e da defesa. Para a segunda, a operação substancial tem-se dado através de tratamentos de internação com afastamento do usuário do agente indutor. Todavia, tais propostas vão de encontro ao tratamento proposto nos CAPSad, pois re-

duzir a oferta e a demanda são como duas faces de uma mesma lógica que tornam indistintos “tratamento” e “punição”. O tratamento para usuários de drogas se torna, assim, subordinado à lógica totalitária que impõe a abstinência como única meta a ser alcançada, e o campo da saúde pública, por sua vez, fica circunscrito por um perímetro que impõe limitações ao pleno exercício da democracia tal como previsto na Constituição e na lei do SUS (SOUZA, 2007, p. 95-96); assim se apresentam as forças que disputam esta questão.

Outra potência que produz significações sobre a questão das drogas é a mídia. Tal veículo não tem tratado a questão de forma ampliada, considerando o sujeito, a substância e o contexto, mas sim com generalizações deterministas. Uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, em 2005, sobre o perfil do uso e do usuário na imprensa brasileira, constatou que o uso de drogas é percebido pela sociedade como um problema moral e um caso de polícia. Isso foi verificado a partir da análise de 680 reportagens publicadas em jornais, revistas e emissoras televisivas. Afirma que

[...] tratar de Drogas na mídia brasileira significa quase sempre tomar como ponto de partida uma relação estreita com a violência urbana, levando o tema a adquirir proporções gigantescas, com reações da mesma ordem, traduzidas em ações cada vez mais repressivas. (BRASIL, 2005, p. 6).

Um exemplo bem atual do modo como a mídia trata a questão da droga na Bahia são as campanhas da Secretaria de Segurança Pública, em divulgou diversas matérias responsabilizando a droga como principal causa de um mal à sociedade, com *outdoors* afirmando que “o crack é responsável por 80% dos homicídios no Estado”. Para Flach (2010), a conotação su-

perifical e alarmista da mídia e do próprio governo brasileiro na divulgação do tema para a população serve apenas para limitar e reduzir as discussões, colocando o usuário como alvo a ser combatido. Tal posição vai de encontro à busca de soluções possíveis e que incluam a participação da sociedade na construção de novas abordagens.

Com esses diversos fatores, nesse jogo de forças por concepções, tratamentos e condutas em relação aos usuários de álcool e outras drogas, tornou-se quase impossível a participação social na efetivação das políticas públicas de atenção ao uso abusivo de substâncias psicoativas.

### **Considerações inconclusivas: é possível novos movimentos?**

Diante de tantas dificuldades apresentadas anteriormente, numa efetiva participação social na consolidação/implementação de políticas públicas voltadas à questão das drogas, mas tendo como premissas ideias de responsabilização do sujeito e do coletivo por este movimento de mudança, há que se pensar na criação de dispositivos institucionais para implementar estas ações.

Por dispositivo entende-se, de acordo com Deleuze, um conjunto multilinear, composto por linhas de diferentes naturezas que não abarcam nem delimitam sistemas homogêneos por conta própria, mas seguem direções diferentes, formam processos sempre em desequilíbrio, se aproximando ou afastando uma das outras, implicando em linhas de forças. A linha de forças produz-se “em toda a relação de um ponto a outro e passa por todos os lugares de um dispositivo. Invisível e indizível, esta linha está estreitamente mesclada com outras” (1991, p. 157).

Nessa direção, um dispositivo é uma montagem ou um artifício que gera inovações ou acontecimentos<sup>137</sup>. Nele, busca-se a diferença, a produção de realidades alternativas que transformam o horizonte estático em que o sujeito está inserido, muitas vezes considerado impossível de mudança.

Para o contexto da participação social, os dispositivos a serem inventados devem considerar que os aspectos políticos e sociais sempre representaram obstáculos reais à participação e mobilização dos usuários e trabalhadores em espaços públicos e deliberativos, uma vez que traz consigo todos os significados sobre as drogas na atualidade, além de disputar com todas as forças de controle e poder, disseminadas com a lógica manicomial.

Com isso, torna-se importante debater as ações dos movimentos dos trabalhadores de saúde mental dos CAPS, para que estes atuem no território, articulados a outros equipamentos de saúde, pois o CAPSad pode ser um espaço potente de questionamento dos modos de subjetivação produzidos sobre esta questão. E com essa perspectiva, pode-se buscar pela via da experimentação, o trabalho de afirmação de coletivos para incitar/resgatar a participação social de usuários e trabalhadores na implementação de espaços mais democráticos que garantam a implementação das políticas públicas voltadas à questão das drogas na Bahia. “Experimentar é procurar alterar os processos hegemônicos de subjetivação em curso: os que remetem aos indivíduos e estes a si mesmos, separando-os dos movimentos coletivos que os produzem” (BENEVIDES, 2007, p. 323).

---

<sup>137</sup> Acontecimento como proposto por Baremlitt (1992) em que designa ato, processo e resultado da atividade afirmativa da vida. É ainda uma aparição do novo, da diferença e da singularidade.



Como cartógrafos e trabalhadores de saúde pública, a aposta se dá em ações interdisciplinares que buscam e consideram os aspectos históricos, comunitários e culturais em que estamos inseridos. Trabalhar para garantir parcerias nas diversas esferas sociais – saúde, educação, assistência social, justiça, cultura, lazer, esportes, entre outros – a fim de garantir uma maior possibilidade de participação social e ofertas de vida que sejam alternativas às drogas.

Ao presumir o coletivo como principal dispositivo de luta para a consolidação de políticas públicas, considerando os direitos dos usuários, nós, trabalhadores de saúde, assumimos uma postura ético-política. Contudo, é necessário, ainda, que estejamos implicados neste trabalho e questionemos nossas práticas enquanto atores de mudança, em que seja imprescindível a revisão contínua do modo como nos posicionamos frente aos modos de cuidado com o usuário. Pois, se formos capazes de mobilizar os coletivos para intervenções criativas e singulares numa lógica transversal e ampliada, que visam novos modos de subjetivação para o sujeito, implicamo-nos eticamente, incitando “um compromisso com os movimentos que a vida faz na tentativa de encontrar vias de afirmação criadora” (ROLNIK, 2005, p. 24), ou seja, potencializando a participação destes atores sociais.

## REFERÊNCIAS

ALVES, V.S. **Modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Contexto do Centro de Atenção Psicossocial – CAPSad**. Salvador, 2009. 365p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

AMARANTE, P. (Coord.) **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE REDUTORES DE DANOS – ABORDA. Apresentação. In: SAMPAIO, Christiane Moema; CAMPOS, Marcelo Araújo (Org.). **Drogas, dignidade e inclusão social: a lei e a prática de Redução de Danos**. Rio de Janeiro: ABORDA, 2003. p. 45-100.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. **Proposta de Plano Plurianual – PPA 2008-2011**. Assessoria de Planejamento do Gabinete do Secretário. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/ppa>>. Acesso em: jul. 2010.

BAHIA. **Ata da 152ª Reunião Ordinária do Conselho Estadual de Saúde (CES)**. Conselho Estadual de Saúde. 2009. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/ces/arquivos/Atas/2009/Ata%20da%20152a%20Reunião.pdf>>. Acesso em: ago. 2010.

BENEVIDES DE BARROS, Regina; PASSOS, Eduardo. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, PUC, Departamento de Psicologia, v. 13, n. 1, p. 89-99, 2001.

BENEVIDES de Barros, R. **Grupo; a afirmação de um simulacro**. Porto Alegre: Sulina; UFRGS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Mídia e drogas: o perfil do uso e do usuário na imprensa brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta de Direito dos usuários da saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 9p.

BRASIL. **HumanizaSUS; documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, 2004. Disponível em: <[http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf)>.

BRASIL. **Leis e Portarias referentes ao tratamento de usuários abusivos de álcool e outras drogas**. Brasília. Disponível em: <[www.saude.gov.br/saudemental](http://www.saude.gov.br/saudemental)>.

BRASIL. **Política Nacional para os usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/A%20politica.pdf>>.

DELEUZE, G. ¿Que és un dispositivo? In: **Michel Foucault, filósofo**. Barcelona: Gedisa, 1991. p. 155-61.

DIAS, Rafael Mendonça. **Do asilo ao CAPSad**: lutas na saúde, biopoder e redução de danos. Niterói, 2009. 171 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2009.

DOMANICO, Andrea. **Craqueiros e cracados; bem vindo ao mundo dos nórias**: estudo sobre a implantação de estratégias de Redução de Danos para usuários de crack nos cinco projetos-pilotos do Brasil. Salvador, 2006. 220f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais Aplicadas) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

ESPINHEIRA, Carlos Geraldo A. Os tempos e os espaços das drogas. In: COOPERAÇÃO BRASIL – UNIÃO EUROPÉIA. **Entre riscos e danos; uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas**. Paris: Éditions Scientifiques Acodess, 2002.

FERNANDEZ, O. **O imaginário da droga e a experiência moderna**. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – 1997.

FLACH, P. M. **A implementação da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas no Estado da Bahia**. Salvador, 2010, 161p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 26. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2008.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**: políticas do desejo. Campinas: Hucitec, 2006.

MACHADO, A. R. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da Saúde Pública**: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. Belo Horizonte, 2005. 151p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005. Disponível em: <[http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/ECJS-6Y7K78/1/ana\\_regina\\_machado.pdf](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/ECJS-6Y7K78/1/ana_regina_machado.pdf)>.

MACRAE, E. **Antropologia dos aspectos sociais, culturais e ritualísticos**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 25-34.

MORGAN, L. N. Community participation in health: Perpetual allure, persistent challenge. **Health Policy and Planning**, v. 16, n. 3, p.

221-30, 2001. Disponível em: <<http://www.ais.up.ac.za/med/pcm870/communityparticipation.PDF>>.

OLIEVENSTEIN, C. **A droga; drogas e toxicômanos**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

PAIM, J. S. **Saúde; política e reforma sanitária**. Salvador: CEPES, 2002.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. 207p.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. São Paulo: Clube do Livro, 2005.

SOUZA, T. P. **Redução de danos no Brasil: a clínica e a política em movimento**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Departamento de Psicologia, Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2007. 116p. Disponível em: <<http://www.slab.uff.br/dissertacoes/2007/Tadeu.pdf>>.

VAZQUEZ, M. L. et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 579-91, mar./abr. 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n2/15424.pdf>>.

YASUI, S. De qual lugar possível nos tornamos operadores fundamentais no tratamento dos “nossos” pacientes-usuários ou não de álcool e outras drogas? **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, v. 1, n.1, jan./abr. 2009. Disponível em: <[http://www.cbsm.org.br/resumos/resumo\\_ampliado/08\\_Yasui\\_Santos\\_Firmino.pdf](http://www.cbsm.org.br/resumos/resumo_ampliado/08_Yasui_Santos_Firmino.pdf)>.

PARTE IV

PARA CONCLUIR,  
E MAIS AINDA...



## SE FAZ DE QUE?

*Jane Cohim*<sup>138</sup>

Um corpo se intoxica. Se faz gozar com a droga.

Se faz de que?

Corpo andante, pensante, flutuante, que se corrói, que se abstrai de pensar. É só sentir. Sentir nos buracos, como riacho nas veias.

Eu sou professor.

Corpo usado, abusado, lambuzado e abandonado.

Do que se faz?

É com espanto que miramos o corpo toxicômano. Evanescente, frágil, consumido, subsumido.

Andarilho que é, seu endereço é o da pedra, do pó.

É lá onde mora. Seu combustível é o dinheiro. Seu espaço é o que ocupa. Seu tempo, agora.

Abrigo de uma linguagem, o significante se inscreve mal, fragilmente. Sustenta-se em puro ato. De amor ou desespero?

Sua existência se torna conturbada por um fazer. O que mostra incomoda, seu gozo incomoda.

Como suportar alguém cujo gozo tão claramente se mostra?

---

<sup>138</sup> Pedagoga. Psicóloga. Psicanalista – Centro de Estudo e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/UFBA.

Gozo perigoso de um corpo etéreo. Camuflado por sujeira, magreza, feridas, inchaço. O que mostra?

Corpo da ciência, seu produto é consumido.

Consumido – consome e some. Diz do que?

De uma sociedade, um amor, um brother, um saci. Um saci? Que lenda é essa?

Com cocaína se agita, às vezes é direto “no cano”.

Com a maconha, a larica. No cachimbo, se complica.

É tráfico, violência, jornal, estatística do horror que mostra do humano.

A finitude que angustia rapidamente se transforma em puro gozo. Mais gozo, mais gozo...

Infinito amor esse. Nada substitui, com ele se completa. Não há limites, nada o contém.

Será amor ou paixão? O que nos diria o poeta diante de tamanha explosão?

De que se trata? Daquilo que o toxicômano nos mostra por sua insubmissão ao gozo barrado, contido, ou tratamos o que não podemos ver revelado?

É tirania? É compaixão? Que corpo é esse mostrado?

Sua cadeia é insignificante. Se aprisiona no gozo, no que transborda, desnuda seu espírito, mostra seus sonhos, excitações, viagens.

Egoísta que é, sozinho vai. Seu tempo é esse. Seu mundo, solitário.

Ensimesmado, segue em frente nas glórias e inglórias.

Como gozar sem prejudicar o corpo, sem adoecer? Eis o que interroga um toxicômano. É a demanda possível de dirigir a quem diz tratá-lo.

Trata-se de quê se o que quer é usar drogas sem adoecer? É possível ofertar um mais de gozo?

Tudo o mais lhe é indiferente: o sexo, o tempo...



Está ligado ao efeito de um produto, drogar-se é o que interessa. Não há normatividade.

Inscrito não se defronta, confronta.

Só quer gozar, sempre...

Como andarilho, vaga nas noites. Sua vida é vampiresca. Aparece e desaparece nos guetos, nas bocas, no escuro.

Joga-se no perigo. Representa-se como fuga.

Fuga de que? Sob efeito de drogas seus fantasmas aparecem e assombra... Faz sombra; mas revela.

Em ato, invoca o que pensa não existir. Está ali.

Às vezes, boa viagem, às vezes, pura malandragem.

Sonhos disfarçados. Para os outros, pura insensatez. Como se destroem assim? Perguntam.

Longe do pensar se tornam moribundos.

Que corpo é esse que é dado a ver? Terrível insistência.

“Limpo”, vai ao encontro do terapeuta, psiquiatra. Sem droga?! Mas como, se é só disso que fala?!

Não lhe dizem como fazer para usar drogas e não se prejudicar. Seu corpo fala. Fala, mas não se ouve. Tem consciência, mas não se implica no seu ato.

Seu gozo é calculado, pré-estabelecido. Sua regra é ditada antecipadamente: “quando melhorar volto a me drogar”.

Se é amado, não importa. Coloca todos para trabalhar a seu favor.

Faz-se objeto de desejo do traficante, é assediado para consumir. Sente-se importante pelo oferecimento da mercadoria de primeira qualidade.

É importante, é tratado com deferência! Pode até dever!

Deve sempre, está sempre contraindo novas dívidas.

Como devedor, se culpa. Não há remorso. Volta a dever.

Se devo, pago com mercadoria ou dinheiro. Pago, senão morro!

Morro excedendo o limite da vida. Existe isso, excesso de vida?!

Para o toxicômano, parece que sim. Sempre encontra como. Vive, sobrevive.

Vivendo, vai deixando marcas de sua existência. Seu gozo semeia sofrimento.

Intoxicado, só pensa em si. Vai se intoxicando com drogas e significantes que transbordam e não encontram lugar.

São invadidos e invadem, dão o troco.

Devolvem o que não é seu para a família, a sociedade, o traficante. A esse, sim, seu débito será mortal, assim como uma dose mal administrada.

O que pensar de um corpo que se droga até fazer uma overdose na porta da emergência de um hospital para ser atendido?

Ato que se repete fora de uma cadeia significativa. É no over que está, no além de.

O amor?! É tão excitante assim?

Se pode gozar sem as mazelas do encontro amoroso, porque abrir mão da droga?

Não é do bem comum que zela, é do seu mais de gozar.

Seu corpo, sustentáculo do seu vício, não é preservado.

Cadeia pulsional, interminável, relança a todo tempo o encontro com o objeto faltoso que o inundará...

Que o encaminha para o gozo mortífero marcando sua existência nos outros.

Para quem a sua inexistência será um alívio?



COLOFÃO

Formato	<i>14,8 x 21 cm</i>
Tipologia	<i>Bookman Oldstyle / Holstein</i>
Papel	<i>Alcalino 75 g/m<sup>2</sup> (miolo) Cartão Supremo 300 g/m<sup>2</sup> (capa)</i>
Impressão	<i>EDUFBA</i>
Capa e Acabamento	<i>Cian Gráfica</i>
Tiragem	<i>500</i>



