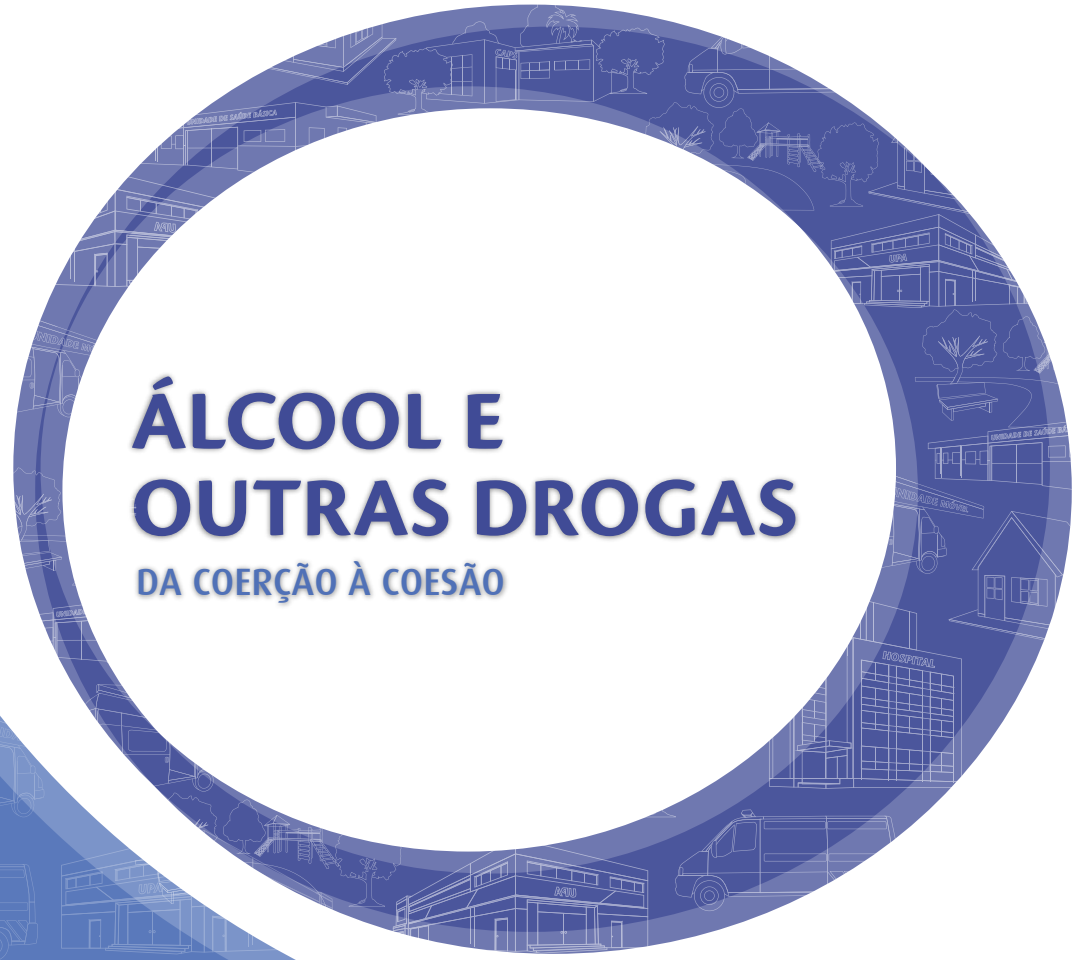
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS



ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

DA COERÇÃO À COESÃO

Módulo
Drogas e Sociedade

FLORIANÓPOLIS
UFSC
2014

GOVERNO FEDERAL

Presidência da República
Ministério da Saúde
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)
Diretoria do Departamento de Gestão a Educação na Saúde
Secretaria Executiva da Universidade Aberto do SUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel
Vice-Reitora Lúcia Helena Pacheco
Pró-Reitor de Extensão Edison da Rosa

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor Sérgio Fernando Torres de Freitas
Vice-Diretora Isabela de Carlos Back Giuliano
Chefe do Departamento de Saúde Pública Alcides Milton da Silva
Coordenadora do Curso Fátima Büchele

GRUPO GESTOR

Antonio Fernando Boing
Elza Berger Salema Coelho
Kenya Schmidt Reibnitz
Sheila Rubia Lindner
Rosangela Goulart

EQUIPE TÉCNICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Alexandre Medeiros de Figueiredo
Ana Carolina da Conceição
Daniel Márcio Pinheiro de Lima
Felipe Farias da Silva
Graziella Barbosa Barreiros
Jaqueline Tavares de Assis
Mauro Pioli Rehbein
Mônica Diniz Durães
Patrícia Santana Santos
Pollyanna Fausta Pimentel de Medeiros
Roberto Tykanori Kinoshita

EQUIPE TÉCNICA DA UFSC
Douglas Kovaleski
Fatima Büchele
Marta Verdi
Rodrigo Otávio Moretti Pires
Walter Ferreira de Oliveira

ORGANIZAÇÃO DO MÓDULO
Walter Ferreira de Oliveira
Henrique Carneiro

AUTORIA
Henrique Carneiro (unidade 1)
Francisco Cordeiro (unidade 2)

REVISORAS INTERNAS
Maria Tais de Melo
Renata de Cerqueira Campos

REVISORAS FINAIS
Graziella Barbosa Barreiros
Jaqueline Tavares de Assis
Marcia Aparecida Ferreira de Oliveira

COORDENAÇÃO DE TUTORIA
Larissa de Abreu Queiroz

GESTÃO DE MÍDIAS
Marcelo Capillé

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL
Coordenação Geral da Equipe Marialice de Moraes
Coordenação de Produção de Material Andreia Mara Fiala
Design Instrucional Master Jimena de Mello Heredia
Design Instrucional Agnes Sanfelici
Design Gráfico Fabrício Sawczen
Design de Capa Rafaella Volkmann Paschoal
Projeto Editorial Fabrício Sawczen

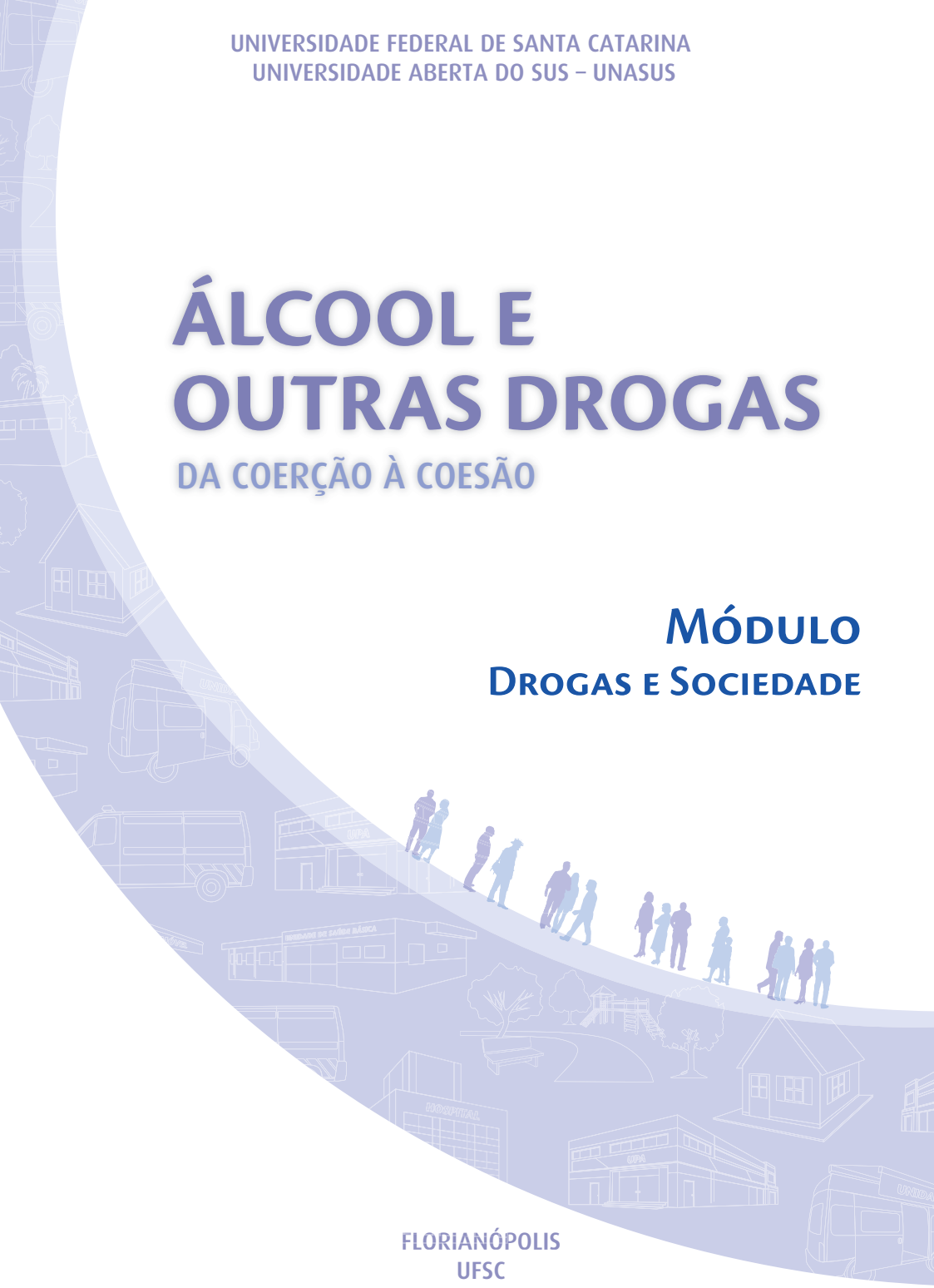
REVISÃO
Revisão Ortográfica Flávia Goulart
Revisão ABNT Jéssica Natália de Souza dos Santos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

DA COERÇÃO À COESÃO

Módulo
Drogas e Sociedade



FLORIANÓPOLIS
UFSC
2014

Catalogação elaborada na fonte

C289a Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão.

Álcool e sociedade [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Walter Ferreira de Oliveira; Henrique Carneiro [orgs.]. - Florianópolis : Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014.
63p.: il.,grafs.

Modo de acesso: https://unasus.ufsc.br/alcooleoutrasdrogas/

Conteúdo do módulo: O uso de drogas na sociedade. – Representação social do uso de drogas, do usuário e do cuidado.
Inclui bibliografia
ISBN: 978-85-8267-059-0

1. Saúde mental. 2. Álcool. 3. Drogas. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Educação a distância. I.UFSC. II. Oliveira, Walter Ferreira de. III. Carneiro, Henrique. IV. Cordeiro, Francisco. V. Título.

CDU 616.89

Abertura do Módulo

Caro aluno,

Este Módulo abre o curso Álcool e Drogas, construído para provocar reflexões sobre crenças e valores que determinam o comportamento de usuários de drogas e agentes do cuidado (principalmente trabalhadores da saúde) e que interferem diretamente na relação do cuidado (ou do descuido).

Neste módulo, buscamos reafirmar a complexidade do fenômeno do uso de drogas a partir de uma perspectiva histórica e antropológica, apontando a banalização, fragilidade e superficialidade de grande parte das avaliações, propostas e intervenções, o que tem resultado em uma focalização no consumo problemático, no comportamento abusivo, levando muitas vezes a negligenciar o sujeito em sofrimento e a generalizá-lo ao considerar que todo consumidor necessita atenção de saúde.

Também temos a intenção de tirá-lo do foco concreto de suas atividades no âmbito de um atendimento de saúde mais rotineiro e levá-lo a refletir sobre os contextos mais gerais que envolvem os diferentes usos de drogas e os seus significados em outros momentos históricos e em outras sociedades.

As situações complexas que envolvem os consumos das mais diversas substâncias psicoativas representam não só os casos problemáticos, mas formas integradas e não abusivas, assim como usos muito diferenciados com significados culturais e até religiosos. O enfoque menos reducionista do assunto deve começar por abdicar de se referir à "droga" no singular. Existem muitas drogas e muitos usos diferenciados, e o atual modelo vigente de distinção entre substâncias "lícitas" e "ilícitas" vem sendo objeto de enorme questionamento.

A abrangência histórica e antropológica da questão é importante para a compreensão da natureza da controvérsia hoje colocado em escala global sobre o proibicionismo, a legalização e as formas de regulamentação em debate.

O aprofundamento dos significados sociais e culturais dos problemas de saúde pública deve ser um instrumento de aperfeiçoamento profissional e um meio de aprimorar a compreensão das questões colocadas diante do uso e do abuso de drogas.

A atividade de agente de saúde exige coragem para enfrentar estes desafios intelectuais e profissionais!

Bom estudo!

Walter Ferreira de Oliveira
Henrique Carneiro

Objetivo do Módulo

Apresentar a construção histórica do uso de drogas em diferentes sociedades e suas distintas repercussões na construção da política e na representação social do uso de drogas e do usuário, abrangendo os usos terapêuticos, sagrados, recreacionais e de aumento de desempenho e suas representações históricas.

Problematizar ações que envolvem respeito, acolhimento, vínculo e confiança entre usuários e demonstrar a importância da atuação interdisciplinar.

Carga Horária

15 horas.

Sumário

Unidade 1 – O uso de drogas na sociedade 11

1.1. Introdução 11

1.2. Os aspectos múltiplos dos usos de drogas psicoativas na História 13

1.3. O uso de drogas nas sociedades 15

1.4. A história das drogas no Brasil 20

1.5. O início do proibicionismo 23

1.6. "Vício" e compulsividade como mal-estar da civilização contemporânea 26

1.7. Resumo da unidade 32

1.8. Leituras complementares 33

Unidade 2 – Representação social do uso de drogas, do usuário e do cuidado 35

2.1. Introdução 35

2.2. Representações sociais sobre uso de substâncias psicoativas e pessoas que usam substâncias psicoativas 38

2.2.1. Representações sociais sobre o cuidado a pessoas que usam substâncias psicoativas 46

2.3. Resumo da unidade 52

2.4. Leituras complementares 53

Encerramento do módulo 54

Referências 56

Minicurrículo 61

01

O uso de drogas na sociedade

Unidade 1 – O uso de drogas na sociedade

Ao final desta unidade, você será capaz de:

- analisar a construção histórica do uso de drogas na sociedade e suas diferentes repercussões na construção política.

1.1. Introdução

O uso de drogas ou substâncias psicoativas (SPA) é condição histórica estruturante da maior parte das sociedades e as formas de consumo problemático ou abusivo são menos frequentes do que os usos para interações sociais construtivas e integradas.

Atualmente, a maioria dos consumidores de drogas, lícitas ou ilícitas, o faz de forma socialmente integrada, sem uso problemático e sem querer abandonar o seu hábito. Isso ocorre com a maioria dos usuários de álcool e maconha. Mesmo o tabaco, que um grande número de pessoas quer deixar de usar, para muitos é um hábito apreciado, ainda que conheçam suas consequências danosas para a saúde. Drogas de maior impacto de danos e de maior incidência de usuários compulsivos, como a cocaína não deixam de ter também usuários ocasionais. Pesquisas[1] demonstram que menos de um sexto das pessoas que experimentam cocaína se tornam dependentes.

1 Pesquisa nos EUA mostrou que do total das pessoas que experimentaram álcool, cerca de 15% se torna dependente, e de cocaína 16%, in Wagner, F. A. e Anthony, J. C. *From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon cannabis, cocaine, and alcohol.* Neuropsychopharmacology, 26:479-488, 2002.

É igualmente importante ressaltar que não se observa um "padrão de pessoas e contextos" que nos autoriza a uniformizar a proposta de cuidado. Ou seja, aquelas pessoas que apresentam problemas/necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas não são

"iguais", nem estão em contextos idênticos ou sequer respondem da mesma forma aos que lhes é ofertado. Por apresentarem esses problemas ou necessidades não perdem sua natural singularidade. Antes, o que se tem observado, é que é exatamente esta pluralidade, esta singularidade dos sujeitos o terreno mais fértil para fomentar cuidado adequado e efetivo. Assim, há que trabalhar a superação da ideia de que o cuidado adequado e efetivo deve ser pautado na internação fechada, na contenção e na tutela. É importante também a discussão de que a abstinência compulsória não deva ser uma condição sine qua non para o cuidado e para o ganho de qualidade de vida dos usuários. Neste sentido, é importante discutir questões relativas à autonomia e à organização política dos usuários, searas pouco exploradas em nossos espaços de cuidado.

Buscaremos também analisar aqui as consequências do entendimento de que pessoas com problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas perdem inevitavelmente a capacidade de conduzir suas próprias vidas de forma adequada, que se tornam impreterivelmente "escravos", "dominados pela droga", em um movimento de inversão onde a coisa (droga) torna-se sujeito e o sujeito (pessoa que usa droga) é coisificado. Tal entendimento sustenta uma atuação a partir da qual as pessoas precisariam ser tuteladas ou contidas. Essa posição constitui um retrocesso histórico frente à Reforma Psiquiátrica e ao cuidado implantado.

O consumidor de drogas, mesmo em situação problemática, não deixa de ser um cidadão com todos os seus direitos. Certamente, é da alçada da Saúde Pública cuidar das pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas sem, contudo, centrar sua atuação na condição moral ou jurídica deste consumo.

1.2. Os aspectos múltiplos dos usos de drogas psicoativas na História

A humanidade na Pré-História dedicava-se à caça e à coleta e nesse processo foram descobertas as plantas úteis para a humanidade. Essa utilidade estava não só nas que podiam alimentar ou fabricar artefatos, mas também nas que tinham propriedades farmacológicas. As drogas surgiram do conhecimento da flora por parte dos povos pré-históricos que buscavam não apenas se alimentar, mas também obter efeitos úteis no combate à dor, no aumento do estímulo para as atividades e na obtenção de estados de êxtase que se tornaram manifestações do sagrado.

A resina da papoula, que é o ópio, servia para neutralizar as dores, a tosse, a febre e a diarreia. As flores da *cannabis sativa*, nome científico da maconha, também eram usadas para fins medicinais, como sedação, contra espasmos, para amenização da ansiedade e também para se obter estados de meditação e tranquilidade.

> A importância das substâncias psicoativas (SPA) é, portanto, inestimável e os psicofármacos não apenas cumprem o papel de remédios excepcionais em todas as vertentes das medicinas tradicionais como caracterizam práticas religiosas de inúmeros povos.

Com a agricultura, que foi desenvolvida há cerca de dez mil anos atrás, durante a chamada "revolução neolítica", as plantas úteis passaram a ser plantadas e selecionadas nas suas melhores variedades. Esse é o significado da expressão latina "*sativa*" que quer dizer "cultivada".

Quando chegou à época moderna, com as grandes navegações dos séculos XV e XVI que ligaram os continentes do mundo, as drogas foram alguns dos principais produtos buscados no Oriente e nas Américas. As especiarias, o ópio, o açúcar, o tabaco, o café e outros produtos se tornaram consumo massivo, marcando a era mercantil moderna da unificação planetária. No século XVII também se deu a grande expansão do álcool destilado assim como do tabaco, das bebidas excitantes e de outras substâncias.

Para se compreender a importância econômica, cultural e científica das drogas é indispensável um olhar histórico que desvende os nexos e os interesses que buscam regulamentar socialmente o consumo destas substâncias que assumem importantes papéis culturais como veículo de devoção, de cura, de identidades étnicas, de gênero e nacionais, entre outras. Os povos se definem, assim, por suas predileções alimentares e de drogas. Mediterrâneos europeus tomam vinho, europeus do norte tomam cerveja, japoneses tomam saquê e esses hábitos fazem parte da cultura de cada povo.

As bebidas fermentadas foram algumas das drogas mais antigas descobertas pela humanidade. O processo de fermentação, pela ação de microfungos chamados leveduras, permitiu a fabricação não só das bebidas alcoólicas, como do pão e dos produtos lácteos fermentados, como iogurte e queijos. Cada região do mundo desenvolveu o cultivo de alguns alimentos básicos, entre os quais os cereais.

O arroz na Ásia, o milho nas Américas e o trigo e a cevada na Europa e Oriente Médio foram os alimentos mais importantes e também a fonte de drogas psicoativas, as cervejas de cereais.

Os vinhos são os fermentados de frutas e as cervejas os fermentados de cereais, assim desenvolveram-se as culturas indígenas com o *cauim* de mandioca no Brasil, a *chicha* de milho nos Andes e o *pulque* de *Agave* no México, o qual, destilado, se torna a tequila.

As bebidas fermentadas eram alimento, um "pão líquido", e também uma forma de se obter uma bebida bem mais potável do que a água corrente, quase sempre contaminada de micro-organismos daninhos. Os usos das cervejas fizeram delas produtos considerados divinos. Além de alimentarem, deixavam o espírito alegre e promoviam o encontro festivo da comunidade, servindo como um "lubrificante social", na expressão do sociólogo francês Émile Durkheim.

Por isso, na Europa do Norte, especialmente na Alemanha e Holanda, a cerveja foi durante muitos séculos a primeira refeição do dia, ou seja, o "café da manhã" era com uma cerveja caseira em que se acrescentavam vários produtos suplementares, como ervas, temperos, restos de pão, e outros. A sua denominação já mostra a crença na sua vitalidade, pois cerveja é uma palavra que vem do latim *cerevisia*, que significa "a força do cereal".

Além dos fermentados, obtidos de quase toda matéria orgânica, as plantas com usos medicinais foram as drogas mais importantes desde épocas pré-históricas, por fornecerem meios de cura, analgesia e consolo das dores, enfermidades e desconfortos.

Os usos terapêuticos, devocionais, festivos, estimulantes, celebratórios ou recreacionais de bebidas e outras drogas se enraizou nas culturas étnicas e nacionais, elevando bebidas à condição de símbolos de identidade nacional, como é o caso do brasão nacional brasileiro que contém os ramos floridos do tabaco e frutificados do café.

1.3. O uso de drogas nas sociedades

Existe uma universalidade dos usos de psicoativos desde a pré-história e sua identificação, localização, preparo e consumo são características estruturantes das formas de sobrevivência a partir da seleção da flora para identificação de plantas úteis.

Há uma grande importância das drogas também na produção dos estados de êxtase e devoção em diversas tradições religiosas. Essa natureza sagrada dos usos tradicionais e ritualizados em diversas culturas pode ser exemplificada pela atribuição de uma origem divina tanto ao vinho como à cerveja. O vinho foi encarnado nas figuras dos deuses Dionísio na Grécia e Baco no mundo romano, e seu culto associa-se ao culto da deusa Deméter ou Ceres, da agricultura e dos cereais. As cervejas eram o sangue dos deuses na mitologia germânica, e a humanidade as teria conhecido a partir dessa origem divina.

Em todos os continentes vamos encontrar cultos e práticas religiosas e de cura ligados à utilização, respectivamente, do tabaco, da maconha, do chá, dos cogumelos, dos cactos, do cipó ayahuasca, etc.

A medicina sempre teve nas drogas alguns dos seus mais eficientes recursos. Além da dieta e da cirurgia, a farmácia é o instrumento fundamental da cura. O repertório da natureza forneceu o consolo para os sofrimentos, o tratamento das doenças e das lesões.

Das plantas medicinais, talvez a mais útil tenha sido a papoula (*Papaver somniferum*) que tem uma resina extraída do seu bulbo que é o ópio, usado como um remédio milenar por suas virtudes analgésicas, antitussígenas, antifebris e antidiarreicas.

O modelo clássico de controle da ingestão das drogas (assim como dos alimentos, do sexo e outras atividades) era o da temperança. Essa palavra significa moderação.

A moderação era uma das virtudes mais importantes, uma virtude cardeal, ao lado da prudência, da coragem e da justiça. Todas essas virtudes eram consideradas como o ponto de equilíbrio entre o excesso e a carência. Ambos, excesso e carência, eram mal vistos, pois saiam da justa medida que deveria governar todas as ações humanas no sentido do equilíbrio e do caminho do meio.

Platão, por exemplo, em seu livro As Leis, considerava que o vinho era útil para aferir o caráter das pessoas. Quem soubesse beber adequadamente, poderia merecer a confiança pública, enquanto os que se excediam perdiam sua reputação e credibilidade. Daí a noção presente na Antiguidade de que no vinho se encontra a verdade, como no provérbio *In vino, veritas* "No vinho, a verdade".

Essa ética clássica de se usar a moderação em tudo e de se evitar tanto o excesso como a abstinência, não só das bebidas e alimentos, mas em todas as coisas, foi um ensinamento duradouro que influenciou toda a história da filosofia. Voltaire, por exemplo, o filósofo francês do século XVIII, afirmou que é preciso ter moderação em tudo, especialmente na moderação. Uma moderação exagerada deixa de ser moderação.

Por isso, a abstinência, ou seja, a noção de que é preciso evitar todo e qualquer consumo alcoólico, foi uma atitude muito rara e que só floresceu em sociedades muito repressivas e militarizadas, como foi o caso dos espartanos, na Grécia antiga, mas, em geral, a maioria das sociedades admitiu o uso de bebidas e de drogas, combatendo apenas os seus excessos.

As drogas foram usadas tradicionalmente com controles sociais que determinavam os locais e os momentos adequados para o seu consumo e muito poucas foram as sociedades que praticaram a abstinência. A maior parte das civilizações praticava e defendia o ideal da temperança, que significa moderação, condenando assim, não as drogas e bebidas em si, mas o seu uso excessivo.

O comércio do vinho e de muitas plantas psicoativas úteis, como o ópio das papoulas, por exemplo, vai ser uma atividade muito importante na história econômica de muitos países.

Essa importância econômica das drogas vai crescer especialmente na história moderna, quando os ciclos mercantis das especiarias, do açúcar, das bebidas alcoólicas fermentadas e destiladas, dos excitantes

cafeínicos (café, chá, chocolate, chimarrão, guaraná) e do ópio e do tabaco vão ser eixos articuladores da atividade comercial e da obtenção de rendas fiscais pelos estados na tributação desses produtos.

A própria era das navegações, com a descoberta da América por Colombo em 1492 e do Brasil por Cabral em 1500, foi impulsionada pela busca dessas drogas, como as especiarias asiáticas. Mesmo sem encontrar o caminho da Ásia, Colombo descobriu um continente que iria se especializar no fornecimento de drogas para o mundo, constituindo verdadeiros ciclos econômicos em torno do comércio do açúcar, da aguardente, do tabaco, do café, etc.

No período da revolução industrial, iniciada na Inglaterra, o consumo popular de excitantes como o chá e o café se expandiu muito por auxiliarem o desempenho laboral e mesmo dos soldados. A partir do século XIX, além dos extratos vegetais passaram a existir no mercado as substâncias puras, os princípios ativos extraídos das plantas em laboratórios como a morfina do ópio, a cocaína da coca e a cafeína do café.

Os usos militares de morfina como analgésico levaram a um aumento dos consumidores dependentes. Da mesma forma, a maior disponibilidade de álcool destilado criou um padrão de ingestão alcoólica mais forte do que as culturas anteriores dos fermentados, aumentando os casos de consumo agudo e também padrões de consumo crônico, que passaram a ser descritos como alcoolismo.

Outros produtos, como tônicos, elixires e xaropes também inundaram o mercado de bebidas não alcoólicas, mas com açúcar e excitantes como cafeína e cocaína. A mais conhecida dessas bebidas juntou em seu nome e em sua fórmula as duas drogas estimulantes mais famosas da América e da África: a folha de coca e a noz de cola.

No século XX, o número de moléculas sintéticas psicoativas aumentou para muitas centenas. Surgiu todo um novo campo de experimentações ao redor dos chamados psicodélicos, dos quais o dietilamida

do ácido lisérgico (LSD), descoberto acidentalmente em 1943, foi o mais famoso. Essa substância, juntamente com a mescalina do cacto - *peiote* e a *psilocibina* dos cogumelos foi útil em diversos processos terapêuticos e de expansão da criatividade, sendo usada por artistas, filósofos e místicos, dos quais o mais famosos foi o escritor inglês Aldous Huxley, que escreveu o livro "As portas da percepção", a respeito de sua experiência com tais substâncias que ele ajudou a batizar pelo nome de "psicodélicos" ("que manifestam o espírito").

O professor de psicologia de Harvard, Timothy Leary foi um apologista do uso dos psicodélicos, sofrendo demissão, perseguição e prisão por esse motivo. O movimento psicodélico levou toda uma geração à experimentação, mas causou um pânico moral que fez o governo estadunidense proibir o LSD em 1966.

No final do século XX, outra droga se tornou de "moda". O metilenodioximetanfetamina MDMA, conhecido como ecstasy, foi usado inicialmente em psicoterapia e depois, com a proibição, em 1985, passou a ser popular o uso em festas com música eletrônica. Mais recentemente, essa substância vem sendo usada nos Estados Unidos da América (EUA) para o tratamento do estresse pós-traumático, por seus efeitos chamados de "empatogênicos", ou seja, produtores de simpatia mútua entre pessoas.

Muitas novas substâncias são criadas a cada ano, as chamadas "*designer drugs*", grande parte em laboratórios clandestinos, muitas vezes buscando substâncias de efeitos análogos as que são proibidas. A inexistência de um controle público torna o uso de drogas sintéticas uma loteria, pois nunca se sabe exatamente o que elas contêm, havendo adulterantes muitas vezes mais perigosos do que a própria droga que se supõe consumir, com dosagens também nunca calculáveis de forma precisa.

1.4. A história das drogas no Brasil

A história das drogas no Brasil começa com o uso pelos indígenas de muitas plantas medicinais e psicoativas, incluindo o tabaco, e dos *cauins*, fermentados de mandioca e de frutas. A *ipecacuanha*, a copaíba, a quina, a jurema, são algumas dessas plantas de usos tradicionais.

O grande impacto do contato com os europeus foi a especialização do Brasil no plantio e processamento das drogas que fizeram os ciclos econômicos da história brasileira: cana-de-açúcar, tabaco, e café. Produtos de monocultura destinados ao abastecimento do mercado metropolitano.

A constituição do chamado sistema sul-atlântico de comércio triangular foi um meio dos impérios europeus obterem renda plantando cultivos alimentares e psicoativos nas Américas com o uso da mão-de-obra escrava tirada da África. Mais de dez milhões de seres humanos trazidos do continente africano para as plantações e engenhos americanos de cana-de-açúcar, as fazendas de café ou de tabaco. O próprio tabaco e a aguardente serviam de moeda de troca para o escambo na África entre esses produtos e os escravos que iriam continuar a produzi-los.

A ocupação holandesa do nordeste brasileiro e de Angola objetivava o controle desse mercado, de açúcar e de escravos, para esse império naval que já dominava o café, o tabaco e o álcool destilado. As guerras comerciais modernas entre os estados europeus visaram o controle desses fluxos de produtos psicoativos, desde o vinho do Porto ao chá da China, do café brasileiro ao tabaco cubano, do ópio indiano ao rum do Caribe.

Enquanto o tabaco indígena se tornava uma droga de difusão global, por meio de sua consagração entre soldados e religiosos, outras de âmbito mais regional, ficaram restritas na sua circulação. A erva-mate (*Ylex paraguaiensis*), por exemplo, se tornou um importante produto das Missões jesuíticas e depois do circuito comercial do Paraná, mantendo até hoje uma enorme influência no sul do Brasil, no Paraguai e na bacia do Rio da Prata.

O guaraná, conhecido tradicionalmente pelos índios Maués, do Rio Negro, tem uso como estimulante restrito à região Norte, embora seu uso como aromatizante e denominador de refrigerantes o tenha tornado uma bebida típica do Brasil. Já houve até um senador amazonense que quis trocar o tabaco no brasão nacional pelo guaraná!

Drogas de uso predominante entre os escravos, como a maconha, foram perseguidas pelos senhores de escravos, dando origem a sua estigmatização como substância dos afrodescendentes, dos pobres e dos moradores de favelas. Mesmo havendo um uso farmacêutico dos cigarros de maconha para asma e muitas outras afecções, estes eram importados da Europa e chamados de cânhamo indiano. O uso popular da maconha, termo que vem do idioma africano quimbundo da região Banto de Angola, se disseminou em camadas populares das grandes cidades e áreas do interior do país e só veio a ser proibida nacionalmente a partir do ano de 1932, embora desde o século XIX já houvesse registro de perseguições ao "pito de pango" dos escravos.

A maconha também teve um uso industrial muito importante como matéria-prima de tecidos, papel e óleo para iluminação. As cordas e as velas dos barcos também eram de fibra de cânhamo, o nome da maconha industrial. Esse uso foi substituído em quase todo o mundo no século XX pelo papel de celulose e pelos tecidos de fibras sintéticas, que foram setores industriais que também fizeram pressão pela interdição do cânhamo.

Um uso tradicional do xamanismo indígena, de misturar duas plantas, um cipó, o jagube, e uma folha, a *chacrona*, numa bebida de efeito alucinógeno conhecida no Brasil pelo nome de origem *quéchua ayahuasca,* também foi adaptado e desenvolvido em religiões mestiças e sincréticas. Surgidas na Amazônia no início do século XX, se propagaram depois para as grandes cidades e inclusive para outros países sob a denominação de Santo Daime. O uso religioso da *ayahuasca* foi reconhecido pelo Estado brasileiro como direito de prática religiosa e protegido por meio de tombamento como patrimônio imaterial.

Saiba Mais

Conheça mais sobre a ayahuasca no Brasil acessando o site do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos. Disponível em: http://bit.ly/L6MV4d.

As drogas mais importantes na história econômica, social e cultural brasileira foram e ainda são, certamente, as bebidas alcoólicas, especialmente a cachaça e a cerveja, e o tabaco e o café. O Brasil se tornou o maior produtor mundial de café, posição que mantém até hoje. Essa especialização econômica levou a desastres, como em 1929, quando ocorreu a crise econômica mundial e as safras foram queimadas.

O tabaco também ocupou um importante papel na história econômica nacional e várias regiões do país, como o sul da Bahia e regiões do Rio Grande do Sul se especializaram nesse cultivo que também faz do país o maior exportador mundial.

As bebidas alcoólicas formam um produto importante dos engenhos, na forma da aguardente denominada cachaça e, a partir do século XIX, começou a fabricação nacional de cervejas. Hoje essa indústria se tornou tão grande que constitui a maior empresa brasileira e seu proprietário é o homem mais rico do país!

Mais recentemente, cresceu enormemente o mercado da indústria psicofarmacêutica com um uso muitas vezes também inadequado e excessivo.

1.5. O início do proibicionismo

O proibicionismo foi a adoção de medidas de interdição e repressão do consumo de certas substâncias psicoativas que passou a ocorrer desde o final do século XIX no mundo ocidental, especialmente nos Estados Unidos e que, a partir do século XX, se tornou uma política mundial por meio de acordos e tratados internacionais.

Algumas drogas são mais relacionadas às situações problemáticas, tais como o uso de álcool e acidentes automobilísticos ou situações de violência doméstica.

Na tentativa de amenizar os males do uso de drogas e para melhor controlar a disciplina do trabalho nas fábricas e no lazer, houve iniciativas de proibição dessas drogas em alguns países desde o início do século XX. A mais conhecida foi a "Lei Seca" nos EUA entre 1920 e 1933. Por meio de uma emenda constitucional proibiram-se todas as bebidas alcoólicas no país e até mesmo o cigarro em alguns Estados.

Os resultados foram péssimos. O controle do mercado passou para mãos de criminosos, levando a um aumento da violência; a qualidade dos produtos deixou de ser fiscalizada pelo Estado, levando a adulterações e mortes por envenenamento e a renda enorme desse comércio passou a circular clandestinamente, sem pagamento de impostos, enriquecendo grupos criminosos. Isso levou ao crescimento das máfias, como a de Al Capone.

A sociedade reagiu com protestos exigindo o direito de se tomar uma cerveja e, finalmente, em 1933, essa lei foi revogada e as bebidas e o cigarro voltaram a ter uma produção e um comércio regulamentados e taxados pelo Estado.

Outras substâncias, entretanto, foram proibidas no lugar das bebidas, e o mesmo problema voltou a ocorrer com os derivados da maconha, da coca e do ópio.

Na época da guerra do Vietnã, nos anos de 1970, o governo Nixon, estendeu a denominada "guerra às drogas" a todo o mundo, criando, em escala mundial, os mesmo problemas que a proibição do álcool já causara.

Com a proibição, grupos criminosos se apossaram do controle desse mercado, pois os riscos eram compensados pelo enorme aumento da lucratividade. Com a ausência da regulamentação estatal houve muita adulteração e contaminação das drogas, devido à ausência de qualquer vigilância sanitária.

A ausência do Estado também acarretou que todos os conflitos entre traficantes ou cobranças de dívidas de consumidores passassem a ser resolvidos pela violência. O aprisionamento em massa por crimes ligados ao consumo ou tráfico de drogas causou um inchamento do sistema penitenciário, agravando a superlotação e colocando pessoas sem vínculos com redes criminosas ou práticas de violência em contato com o crime organizado passando, inclusive, a recrutá-las.

Na época do governo Ronald Reagan, nos EUA, a "guerra às drogas" se tornou uma estratégia de dominação geopolítica continental, levando a intervenções como a captura do presidente do Panamá, Noriega, ao Plano Colômbia, que foi uma enorme ajuda militar a esse país, e a uma exigência de erradicação de todos os cultivos de coca, fumigados com agentes herbicidas e fungos transgênicos que causaram crises ecológicas na Colômbia e no Peru que afetaram camponeses e cultivos tradicionais.

A situação insustentável da proibição e suas consequências sociais vêm levando inúmeros setores da sociedade internacional a defenderem a legalização das drogas. Vários ex-presidentes latino-americanos (inclusive o brasileiro Fernando Henrique Cardoso) e atuais mandatários passaram a propor o fim da guerra às drogas. A OEA (Organização dos Estados Americanos) também passou a indicar aos seus países membros a adoção de políticas de despenalização do consumo pessoal de drogas atualmente ainda ilícitas e a Suprema Corte argentina julgou inconstitucional sancionar penalmente o uso de drogas.

Mais recentemente, após a aprovação do uso medicinal da *Cannabis* em 18 estados norte-americanos e a legalização plena em dois (Colorado e Washington) após plebiscito em 2012, acelerou-se o questionamento do sistema vigente e o presidente Pepe Mujica, do Uruguai, passou a defender a legalização e estatização da produção e do comércio de maconha no país. O ex-presidente do México, Vicente Fox, chegou a defender que o seu país se torne um exportador legal de maconha e declarou que ele próprio, como fazendeiro, gostaria também de plantar e participar desse negócio.

> Vivemos o momento histórico de mudança de um paradigma, quando o velho sistema ainda não foi desarticulado, mas já demonstra sua insustentabilidade. Por outro lado, as novas formas de regulamentação internacional ainda não estão definidas e é objeto de disputas qual será o tipo de empresa, se públicas ou privadas, com qual sistema de tributação e, principalmente, com qual novo quadro internacional de tratados e normas reguladoras.

O negócio da maconha terapêutica legal na Califórnia, por exemplo, já é maior que qualquer outro agronegócio e grandes executivos e empresários estão em vias de passar a investir no mercado de maconha, que tende cada vez mais a se tornar um produto normal do comércio, como uma *commodity* (mercadorias cotadas e negociadas em bolsas).

Link

Um dos levantamentos mais amplos do consumo de drogas pelos estudantes do ensino fundamental e médio é o realizado pelo CEBRID, com entrevistas anônimas de mais de 50 mil estudantes. O último levantamento, de 2010, pode ser consultado no link: http://bit.ly/1f9pTTy.

1.6. "Vício" e compulsividade como mal-estar da civilização contemporânea

A noção, hoje comum, de "vício" ligado às drogas é característica de uma época mercantil e industrial capitalista, na qual a compulsividade se tornou a regra, com uma incitação ao consumo excessivo, de drogas, de alimentos e de outras condutas passíveis de excessos, como o jogo, o uso de TV e computadores e até mesmo o uso obsessivo de celulares, por meio da promoção sistemática do consumismo pela propaganda.

O resultado é uma crise civilizatória, produzindo comportamentos aditivos (que criam dependência) em relação a objetos e bens de consumo. Refrigerantes, por exemplo, são consumidos abusivamente, causando problemas pelo excesso de açúcar e de sódio. A OMS (Organização Mundial da Saúde) calcula em cerca de 180 mil o número de mortos a cada ano em todo o mundo por doenças causadas pelo excesso do açúcar dos refrigerantes!

Existe, portanto, dependência de um uso excessivo de TV, da Internet, de jogos, de fazer compras, e outros, além dos usos exagerados de drogas e alimentos. O "vício", como comportamento de consumo compulsivo, não é uma exclusividade das drogas, mas afeta quase todas as mercadorias e hábitos que podem se tornar obsessivos, compulsivos e problemáticos.

Existem diferentes representações sociais do uso de drogas e do usuário na atualidade, que exercem sua influência no processo de cuidar e na complexidade deste cuidado. Drogas psicoativas circulam em três circuitos distintos: drogas da indústria farmacêutica, drogas recreacionais lícitas e drogas recreacionais ilícitas.

As diferenças entre estes três tipos de circulação se refletem nas suas representações. O consumidor de maconha, por exemplo, é taxado de criminoso, mesmo que faça um uso ocasional. Mas o consumidor de tabaco, que em muitos aspectos provoca mais danos à saúde do que a maconha, é visto apenas como alguém que precisa de sua droga e que, no máximo, pode incomodar aos outros se consumir em lugares fechados e públicos. O alcoolista é visto como um doente, mas o apreciador de vinho, cerveja ou uísque é considerado um gastrônomo ou um gourmet.

Quem usa remédios psicoativos da indústria farmacêutica, mesmo que excessivamente, não é visto como um "drogado", mas alguém que toma "remédios".

As novas drogas sintéticas trouxeram novas conquistas, mas também novos usos problemáticos, não só das substâncias proibidas, mas também dos medicamentos da indústria farmacêutica, muitas vezes consumidos em excesso, como é o caso atual dos benzodiazepínicos (remédios calmantes), das anfetaminas (usadas tanto como emagrecedores, como para uso infantil e juvenil no tratamento de supostos casos de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade-TDAH) ou dos antidepressivos receitados para uma enorme gama de sintomas muitas vezes reduzidos a um diagnóstico unilateral e medicado apenas sintomaticamente.

Reflexão

O consumidor de remédios, o consumidor de drogas festivas lícitas ou de drogas ilícitas podem ter os mesmos problemas em relação ao seu consumo excessivo, mas também podem não ter esses problemas e serem consumidores moderados e ocasionais. A diferença está nas substâncias ou no seu tipo de circulação? Se a droga é comprada no bar ou na farmácia, isso significa que ela necessariamente é melhor ou menos perigosa que a droga ilícita?

Na época da proibição do álcool nos Estados Unidos da América, todo dono de bar era um traficante. A diferença hoje em dia está no fato de que a circulação legal evita o domínio do crime. Ninguém está trocando tiros para disputar pontos de venda ou cobrar dívidas dos consumidores de cigarros ou de cerveja, mas se esses produtos fossem proibidos, certamente haveria muitos traficantes violentos controlando esse comércio.

O aumento do consumo do *crack* também está ligado à proibição da cocaína, o que levou ao desenvolvimento de um produto mais barato e contaminado, feito para ser uma "cocaína dos pobres". Mesmo se não houvesse o *crack* os moradores de rua continuariam a usar aguardente ou cheirar cola de sapateiro, se não tiverem assistência do Estado para emprego, moradia e cuidados médicos.

O conceito de "estigma" é o que identifica o preconceito e a exclusão dos direitos sociais dos consumidores de certas drogas, dando a elas um sentido pejorativo e até criminoso. A diferença de um tabagista, um maconheiro e um cervejeiro é que o primeiro e o último não são vistos como "criminosos", mas no máximo pessoas com problemas e que precisam de ajuda.

É importante ampliar discussão social sobre as causas e consequências da ilegalidade de algumas drogas psicoativas e a regulamentação e o controle daquelas consideradas legais.

Reflexão

Os consumidores de drogas não devem ser "estigmatizados", ou seja, considerados como negativos apenas pela droga que consomem. Exatamente para se evitar abordagens reducionistas desta temática, é que precisamos nos perguntar, como muitos outros países já vêm fazendo:

- Quais são as razões pelas quais umas drogas são lícitas e outras ilícitas?
- O que a história já nos mostrou sobre isso?
- O que não queremos como consequência do consumo de drogas?
- O que determina estas consequências indesejadas?
  - A droga consumida?
  - O "como", "onde", "quando" ou "por quem" são consumidas estas drogas?
  - O simples consumo?
- O que podemos fazer para definitivamente evitarmos estas consequências indesejadas?
- Quais evidências científicas foram produzidas sobre efeitos, modos e consequências do uso de cada substância psicoativa?

Quando falamos em oferta de cuidado ou tratamento, estas questões anteriormente levantadas ganham ainda maior relevância. Ocorre que um tema trabalhado de forma reducionista, tanto com relação ao pensamento corrente sobre este, como com relação à ciência que subsidia a atuação profissional ou ao contexto no qual está mergulhado o usuário, resulta em oferta de cuidado igualmente reduzida, limitada e, consequentemente, ineficaz.

Como já afirmamos, o cuidado ou tratamento, especialmente aquele ofertado no âmbito das ações de saúde pública, não pode ser baseado em julgamento moral ou na droga consumida. São os agravos à saúde que estão no centro da atuação dos profissionais. Estes são o foco principal. As diferenças de tratamentos entre pessoas que usam tabaco ou maconha não residem nas drogas de escolha e, sim, nas necessidades de saúde das pessoas em cuidado. As substâncias em si não definem gravidade ou qualificam o tipo de consumidor. Ajudar as pessoas a conquistarem o autocontrole e a autonomia sobre si, por exemplo, é o esforço necessário para combater as formas de consumo destrutivas.

Como diz o psiquiatra Gabor Maté, quem tem uma dependência, em geral não tem nessa prática uma doença em si mesma, mas ela é muito mais uma tentativa de remediar um problema mais de fundo, que pode ser um sofrimento psíquico, um trauma infantil ou a condição de desassistência, abandono e desamparo dos muito pobres.

A droga que uma pessoa consome não é exatamente a sua doença, mas muitas vezes o remédio improvisado de quem sofre e busca amenizar suas dores. É preciso identificar e sanar as origens dos problemas em cada pessoa, por meio da assistência e da adesão voluntária a tratamentos. O tratamento coercitivo, forçado, raramente consegue resultados duradouros, pois são impostos contra a vontade e às vezes até mesmo com restrições e castigos físicos que só pioram e aprofundam a revolta e os traumas dos usuários problemáticos.

Nos dias de hoje é importante problematizar questões tais como: as formas de acessibilidade; propaganda das drogas legais; locais onde é permitido consumir ou não, como forma de se garantir ao mesmo

tempo o respeito pela diferença e a tolerância de estilos de vida e o resguardo do espaço público, no que diz respeito à incitação ao uso. Devemos debater o exemplo das políticas antitabagistas e de controle do uso do álcool, em contraste com as políticas relativas a outras substâncias. As campanhas com divulgação científica dos riscos potenciais e as políticas de "redução de danos", por exemplo, são pertinentes contraposições às propostas de abstinência compulsória.

As drogas devem ser tratadas como hábitos culturais e, quando os usuários apresentarem necessidades de saúde decorrentes de seu consumo, o poder público, em especial as áreas de saúde e assistência social, deve oferecer ajuda adequada.

A necessidade de se buscar um padrão de uso moderado, sem dependência nem usos abusivos e excessivos, é uma condição de proteção da saúde tanto no que se refere às drogas lícitas como às ilícitas.

A abstinência, que pode ser uma alternativa necessária para consumidores compulsivos, não pode ser uma proposta geral para todos, pois uma sociedade sem drogas não é possível nem desejável. Só um Estado totalitário poderia impor a abstinência obrigatória a todos.

Os estudos têm demonstrado que os tratamentos ofertados às pessoas com problemas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas obtém sucesso com a adesão voluntária, e há uma enorme parcela de usuários que não querem ou não precisam ser tratados. Políticas de drogas que enfatizem a prevenção e a educação devem ter esse fato em vista para não construir generalizações indevidas, nem estigmatizações perniciosas.

Link

Você poderá obter um panorama histórico mais amplo sobre os psicoativos por meio do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos (NEIP), que há mais de dez anos reúne pesquisadores, artigos, teses acerca desse tema. Consulte o seu site: http://bit.ly/1aFtLyN.

O Congresso Internacional de Drogas CID-2013 é uma iniciativa de envergadura inédita no Brasil, idealizado para fomentar o intercâmbio entre autoridades governamentais, ex-chefes de Estado, especialistas internacionais de diversas áreas do conhecimento e representantes da sociedade. As palestras e os debates desse evento podem contribuir para a sua compreensão do tema: http://bit.ly/1gnsq1Q.

1.7. Resumo da unidade

Vimos nesta unidade como o fenômeno do consumo de drogas é antigo e ocorre nas sociedades humanas para diversas finalidades que as tornaram as substâncias mais importantes ao lado dos alimentos. Os usos integrados, terapêuticos ou recreacionais prevalecem, mas o consumo abusivo e dependente afeta uma parcela dos usuários, especialmente a partir da época moderna, quando a indústria farmacêutica, do álcool e do tabaco se consolidam.

O uso problemático de drogas também é inseparável de outras condutas de compulsividade que se tornam características numa sociedade de crescente idealização do consumo como valor por excelência.

É preciso, assim, compreender as drogas na multiplicidade das substâncias, tanto lícitas como ilícitas, levando em conta que vivemos um momento histórico de revisão do paradigma proibicionista internacional que vem sendo questionado com propostas de legalização e regulamentação.

E, finalmente, devemos evitar o reducionismo das pessoas humanas a um aspecto de sua existência, recusando o estigma, o preconceito e a discriminação e buscando a conquista da autonomia dos próprios usuários sobre seus corpos e hábitos como melhor forma de aplicar políticas públicas de assistência e inserção social dos consumidores e de educação da comunidade.

1.8. Leituras complementares

LABATE, B. C. et al. (orgs). **Drogas e cultura:** novas perspectivas Salvador: EDUFBA, 2008. Essa obra traz os resultados de um simpósio acadêmico na USP com enfoque maior nas ciências humanas. Disponível em: http://bit.ly/1evvxhg .

SEIBEL, S. D. (Ed.). **Dependência de drogas**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

Trata-se de uma coletânea de mais de mil páginas com artigos científicos sobre diversos aspectos do fenômeno das drogas.

02

Representação social do uso de drogas, do usuário e do cuidado

Unidade 2 – Representação social do uso de drogas, do usuário e do cuidado

Ao final desta unidade, você será capaz de:

- avaliar criticamente as diferentes representações sociais do uso de drogas e do usuário na atualidade, sua influência no processo de cuidar e a complexidade desse cuidado.

2.1. Introdução

O título desta unidade carrega em si algumas constatações básicas, por exemplo: o consumo de drogas existe. Esta afirmação encontra eco e provas robustas tanto na realidade atual quanto em outros momentos históricos como visto na unidade anterior. Mas é fundamental também que façamos as necessárias distinções sobre os padrões de uso de drogas, afinal as pessoas usam drogas com frequências diferentes (uso esporádico, uso frequente, uso nocivo, dependência), segundo conceitua a Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2014).

Outras constatações contidas no título são mais complexas e abrem discussões interessantes e importantes. A segunda é a de que as pessoas que usam álcool e outras drogas estão na sociedade. Também é verdade, certamente. Mas quais são os espaços da sociedade reservados a estas pessoas que usam substâncias psicoativas? As cracolândias? As periferias? Os banheiros das boates? Os apartamentos e casas dos condomínios fechados? Os presídios? Os bares? Esta lista é muito maior, mas é certo que estes locais fazem parte da sociedade. E mais que isto, como a sociedade compreende este grupo que usa substâncias psicoativas?

A última constatação reside na complexidade do cuidado. Tema não menos relevante, pois vive-se atualmente numa busca desenfreada de uma solução única ou fácil para a dependência de drogas (especialmente do crack). A complexidade que caracteriza o consumo de drogas encontra um espelho no campo do cuidado para estes casos, também complexo.

Estes temas estão sendo discutidos pela sociedade brasileira de forma mais aprofundada nos últimos anos. Uma das possibilidades de acesso às formas de compreensão e das percepções de grupos populacionais sobre este tema é através das representações sociais. Este conceito, segundo Moscovici (1978), é entendido como uma forma de conhecimento que é elaborado cotidianamente pelo indivíduo e que tem, ao mesmo tempo, origem e consequência na produção de comportamentos e na comunicação entre indivíduos.

> Da mesma forma, é importante mencionar que representação social é entendida por pesquisadores brasileiros como pensamentos, ações e sentimentos que expressam a realidade em que vivem as pessoas, servindo para explicar, justificar e questionar essa realidade. (Gomes, 1994. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Neto OC, Gomes R. Pesquisa Social. Editora Vozes, 1994).

É interessante avaliar a compreensão e a representação que os diferentes segmentos da sociedade brasileira dão, por exemplo, ao uso de substâncias psicoativas. Há uma clara distinção entre as substâncias lícitas e ilícitas, fortalecendo cada vez mais a oposição entre drogas legais e ilegais.

Pesquisas de opinião pública realizadas no Brasil sobre o tema da legalização ou descriminalização de todas as drogas ou somente da maconha, por exemplo, revelam direções majoritariamente contrárias a qualquer discussão de proposta que tenha o viés de regulamentação deste consumo. Levantamento feito pelo Datafolha (REPORTAGEM LOCAL, 2008) aferiu que 76% dos pesquisados era contrário à legalização da maconha no Brasil. Sem dúvida, a opinião pública é influenciada por variáveis múltiplas, sejam elas pessoais ou coletivas.

No entanto, é importante frisar que existe uma compreensão corrente, como veremos adiante, presente em vários segmentos da sociedade (mídia, parlamento, segurança pública, religião) que tem como base a ideia de que o usuário de drogas ilícitas é o responsável central de todos os problemas, e a consequente percepção de que é necessário buscar alternativas para se livrar do crime (consumo de drogas?) e dos criminosos (um mundo livre de pessoas que usam drogas?). Drogas ilícitas, que fique bem entendido, pois até o momento parece nunca ter se visto nenhuma pesquisa perguntar a opinião das pessoas em tornar ilegal o álcool (que é a droga mais consumida no mundo inteiro e que também causa diversos problemas de saúde) ou mesmo os medicamentos psicotrópicos (que tem sua utilização terapêutica bem definida, mas que podem também induzir dependência e causar danos).

Essas compreensões reduzem as possibilidades de realizar um debate mais racional sobre o tema das substâncias psicoativas de uma forma geral e que leve em consideração constatações reais de que um mundo sem drogas – lícitas ou ilícitas – não será possível construir.

2.2. Representações sociais sobre uso de substâncias psicoativas e pessoas que usam substâncias psicoativas

Alguns autores têm se debruçado mais sistematicamente em investigar as representações sociais relacionadas ao uso, ao usuário e ao cuidado ofertado para pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool ou outras drogas. Coutinho et al (2004) encontraram distintas avaliações de estudantes universitários de 3 áreas diferentes: saúde, tecnologia e direito. Quando perguntados sobre a postura assumida frente a um usuário de maconha obteve-se respostas classificadas como favoráveis, desfavoráveis e neutras. Os estudantes de saúde e tecnologia explicitaram respostas mais favoráveis (44% e 60%, respectivamente); já os estudantes da área do direito, 60% se colocaram de forma desfavorável. Como forma de exemplificar estes posicionamentos no discurso de cada grupo, os autores apresentaram alguns trechos das entrevistas, que revelam o "viver de forma normal" dos usuários de maconha, na opinião dos estudantes que tiveram respostas mais favoráveis; por outro lado, trecho apresentado por um estudante de direito acentua o caráter do usuário de maconha como "infrator" e "fora da lei" (p. 474).

Numa investigação entre estudantes de psicologia, Fonseca et al (2007) encontraram diferenças de representações sobre a maconha a partir da perspectiva de gênero e da idade dos participantes. Os participantes do sexo masculino apresentaram opiniões mais vinculadas ao prazer e a efeitos positivos sobre o consumo da maconha; já as mulheres enfatizaram aspectos negativos relacionados à saúde (vício, dependência, doença). Em relação às opiniões separadas por grupos etários, os mais jovens (18 a 20 anos) tenderam a se posicionar de forma mais negativa, o que incluiu a palavra crime como consequência do consumo da droga. Já os participantes mais velhos (24 a 26 anos) chamaram a atenção para aspectos relacionados à saúde (dependência, danos físicos), mas também incluíram menção ao preconceito sofrido pelos usuários de maconha.

A perspectiva de gênero dentre pessoas que usam drogas foi pesquisada por Oliveira et al (2006). Os participantes eram profissionais de saúde de um serviço de tratamento para pessoas que usam drogas em Salvador. As autoras encontraram resultados importantes tanto das representações sociais relacionadas ao consumo de drogas por mulheres e suas consequências para a organização dos serviços de tratamento, mas também das relações deste consumo com o cumprimento dos papéis social e culturalmente atribuídos às mulheres na sociedade atual. Chama atenção a compreensão dos entrevistados de que o uso de drogas por mulheres é mais estigmatizado pela sociedade do que o uso entre homens, o que pode explicar a diferença entre os tempos de procura por tratamento – seria interessante ressaltar que o que se observa no cotidiano dos serviços é que as mulheres chegam mais tarde e mais graves para tratamento, em função destes valores sociais em questão. O estudo também identifica que o início do consumo de drogas entre mulheres pode estar ligado à manutenção de relação com o parceiro. A interpretação dos resultados obtidos sugere que o consumo de drogas entre mulheres e a chegada destas mulheres aos serviços de tratamento inaugura a necessidade de elaborar intervenções de saúde específicas e que leve em conta a perspectiva de gênero.

Representações sociais de agentes comunitários de saúde sobre a maconha e o álcool foram temas pesquisados por Araújo et al (2006) e Castanha e Araújo (2006). As duas pesquisas mencionadas têm os mesmos participantes e permitem comparar os resultados, pois são apresentadas de maneira muito semelhantes. Quando agrupadas as respostas encontradas sobre as causas do uso da maconha e do álcool, os autores encontraram diversas categorias. As categorias "prazer" e "diversão" somadas foram referidas por 28% como causa para usar maconha; já para o álcool, este percentual chegou a 41%. Interessante notar como estas características positivas estão mais presentes em relação ao álcool, droga socialmente aceita e que guarda pouca relação com consequências negativas na percepção dos entrevistados, embora seja a de resultados mais problemáticos. Ao passo que a maconha, dro-

ga ilegal, é avaliada como negativa em vários aspectos como já vimos acima. As respostas relacionadas à categoria "disponibilidade" é uma categoria que coloca as duas substâncias em lados opostos, dado o status legal diferenciado de ambas. 9% referiu a disponibilidade como causa para usar maconha; diferente dos 33% relacionado ao álcool.

Campanhas relacionadas ao uso e aos usuários de drogas no Brasil e mundo afora têm sido veiculadas com objetivo de enfrentar o estigma e de garantir os direitos das pessoas que usam drogas. A Organização das Nações Unidas veiculou em 2009 uma série de vídeos contra o estigma e o preconceito dirigido a alguns grupos populacionais e que incluiu usuários de drogas. Os vídeos estão disponíveis na internet e enfatizam a ideia de que as pessoas que usam drogas são cidadãos. Da mesma forma, organizações não-governamentais também advogam pelo respeito aos direitos das pessoas que usam drogas.

Na Inglaterra, a Organização Não Governamental (ONG) Release veicula uma campanha intitulada "Pessoas legais usam drogas" (*Nice people take drugs*) para reduzir o estigma associado às pessoas que usam drogas e que torna quase impossível haver um debate razoável sobre o tema.

Link

Veja o que a campanha contra o preconceito e o estigma que a ONG inglesa Release:
Leia mais em: http://bit.ly/1mT891H.

No Brasil existem algumas iniciativas de ONG que tem trabalhado em direção semelhante. A ONG Viva Rio veiculou uma campanha com foco na mudança da lei de drogas, cujo argumento central é o uso de drogas, especialmente na indistinção do usuário e do traficante de acordo com a lei de drogas brasileira (BRASIL, 2006).

Link

A ONG Viva Rio brasileira veicula esta campanha na internet, pedindo alterações na Lei de Drogas: http://bit.ly/1evuyhg.

A lei em questão é a n. 11.343/2006. Ela institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.

Saiba Mais

Conheça a Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006 na íntegra, acessando o endereço: http://bit.ly/Mba2eR.

O estudo das representações sociais da mídia sobre o tema também contribui para análise mais ampla do fenômeno. Santos *et al.* (2012) analisaram matérias veiculadas em jornais pernambucanos sobre o crack. O crack – e consequentemente o seu consumo "incontrolável"– foi vinculado à dependência, fissura e morte. Desta forma, estabelece-se uma classe única de pessoas que usam crack: os dependentes. Concordamos com Medeiros (2010) quando diz que: "é muito difícil perfilar o grupo usuário de crack" (p. 182). Prova disto é que já existem relatos de uso controlado de crack (OLIVEIRA E NAPPO, 2008), embora em número limitado.

As duas casas legislativas nacionais, Câmara Federal e Senado da República, são, também, locais em que este tema está sendo debatido, devido à proposta de alteração da Lei brasileira sobre drogas. Os debates e votações relacionados ao uso e às pessoas que usam drogas ilícitas refletem e projetam as compreensões sobre este fenômeno na sociedade. Por oportuno, foram compiladas algumas frases proferidas

por deputados e deputadas federais para comentar aspectos considerados relevantes.

1) "A internação involuntária é, sem dúvida nenhuma, uma saída para várias famílias que estão em situação de risco, porque o usuário está colocando todo mundo em risco. (...) A única alternativa aprovar uma nova política para o combate às drogas. Quem não quiser continue defendendo os drogados e os craqueiros da vida." (Deputado Federal Arnaldo Faria de Sá durante a sessão número 133 de 2013 da Câmara dos Deputados, realizada no dia 22 de maio de 2013 e que debateu o Projeto de Lei n. 7663/2010).

Reflexão

Em relação ao usuário, há, supostamente, uma causalidade cristalina entre ser usuário de drogas e colocar a família em risco. Será que este raciocínio é aplicável a todas as pessoas que usam drogas? Por outro lado, se alguém se opõe à aprovação de uma nova política, está defendendo os "drogados" e "craqueiros". A pergunta que pode ser feita é: os "drogados" e "craqueiros" deixam de ter direitos por usarem drogas?

2) "Há drogas lícitas que fazem mal, como o álcool. Há pessoas que fazem uso do álcool e têm problemas; outros não têm. Há pessoas que fumam e têm problemas e há os que fumam e não têm problemas. Logo, há usuários de drogas lícitas e ilícitas sem problemas e usuários de drogas lícitas e ilícitas com problemas" (Deputado Federal Paulo Teixeira, durante a sessão número 133 de 2013 da Câmara dos Deputados, realizada no dia 22 de maio de 2013 e que debateu o Projeto de Lei 7663/2010).

Reflexão

Como abordado na Unidade anterior, o cerne desta intervenção é a avaliação de que existem diferentes padrões de consumo de qualquer substância, seja ela lícita ou ilícita, conforme prevê a Organização Mundial da Saúde (OMS). Orientação muito diferente do que se percebe nos debates relacionados ao crack, onde a partir da primeira pedra, segundo a percepção equivocada do senso comum, instala-se a dependência. Oliveira e Nappo (2008) mostraram que esta tese não se confirma.

> 3) "(...) Não podemos ficar perdendo tempo aqui, porque na verdade nós queremos acabar com as drogas (...)" (Deputado Federal Arnaldo Faria de Sá durante a sessão n. 133 de 2013 da Câmara dos Deputados, realizada no dia 22 de maio de 2013 e que debateu o Projeto de Lei n. 7663/2010).

A posição de querer acabar com as drogas é retórica. Embora seja um discurso convincente, não encontra base na realidade, pois historicamente, como visto na unidade anterior, a humanidade sempre as utilizou.

> 4) "(...) Temos 50 mil homicídios ao ano no Brasil. Isso significa 35 mil envolvimentos desses homicídios diretamente com as drogas. Isso significa 4 homicídios por hora. Nós estamos há 8 horas discutindo este projeto, ou seja, cerca de 30 pessoas neste País já morreram com envolvimento, venda ou consumo de drogas(...)" (Deputada Federal Rosane Ferreira durante a sessão n. 133 de 2013 da Câmara dos Deputados, realizada no dia 22 de maio de 2013 e que debateu o Projeto de Lei n. 7663/2010).

Novamente aparece a suposta causalidade entre consumo de drogas e a ocorrência de crimes. Desta vez, apoiada em estatísticas descontextualizadas.

As discussões apontadas acima contribuem para construir uma visão atualmente defendida por uma parte da sociedade (como vimos anteriormente) onde todas as pessoas que usam drogas são criminosas, descontroladas, perigosas e que precisam ser internadas involuntária ou compulsoriamente. Não raro, qualquer ponto de vista contrário a esta compreensão - independentemente dos argumentos utilizados -, ou que incorpore também outros elementos nesta discussão (outras formas de cuidado, garantia de direitos humanos fundamentais para este grupo populacional - moradia, educação, renda, lazer) são desconsideradas sob justificativas emocionais e/ou carentes de base concreta.

Uma reflexão geral é possível de ocorrer nesta situação. Por um lado, há uma clara fusão de dois elementos: pessoa que consome droga (ilícita) e substância ilícita. Como consequência, desumaniza-se a pessoa que usa droga ilícita, tornando possível assumir um mandato integral para "tomar conta" da situação em nome destes.

Reduzir uma pessoa que consome drogas ilícitas à substância que ela consome é perigoso sob qualquer aspecto que se analise esta ação. Suspendem-se características humanas devido a um determinado comportamento, desconsiderando que a característica que aproxima todos os seres humanos é a diversidade e não a uniformidade.

O que parece existir é uma indução à desumanização das pessoas que usam drogas. Os argumentos de que "eles não conseguem distinguir o certo do errado" ou "eles não tem mais vontade própria" os aproxima de animais desprovidos de direitos, de desejos, de intenções e de sofrimento. Ou seja, suspende-se, de um grupo humano específico, características universais de todos os seres humanos, para torná-los, por assim concluir, "menos humanos". Desta forma, justifica-se a im-

plantação de proposições de grupos governamentais e não-governamentais que se baseiam na violação de direitos humanos deste grupo, que deixou de ter estes direitos garantidos.

Toda esta gama complexa de relações e opiniões sobre o consumo de drogas e dos usuários de drogas também se apresenta quando o tema do cuidado ou da forma de tratar estas pessoas é discutido. Mas antes de entrarmos no tratamento, é necessário fazer algumas relações sobre o que vimos acima e o cotidiano dos serviços de saúde.

Os profissionais que fazem parte das equipes dos serviços de saúde mental da Rede Atenção Psicossocial (RAPS) podem comungar ou não, a depender de suas preferências pessoais, com os resultados das pesquisas que foram apresentadas. No entanto, é indispensável reconhecer que esse julgamento pode influenciar decisivamente a relação do usuário com este profissional e com o serviço de uma forma geral.

Reflexão

Dependendo da substância utilizada, a disposição do serviço e da equipe é diferenciada? Concretamente falando, uma pessoa alcoolista é mais bem tratada do que uma pessoa que usa crack? Isto se dá mais por conta das características pessoais apresentadas por cada um ou o fato de uma pessoa utilizar uma droga lícita e a outra, ilícita, também influencia na forma como estas duas pessoas que buscaram auxílio são atendidas?

As representações sociais dos profissionais que compõem a equipe e que formam a identidade institucional dos serviços, podem se constituir como barreira de acesso à utilização dos serviços? É possível que os serviços "escolham" seus usuários a partir das características da equipe que compõe um determinado ponto de atenção da RAPS em detrimento da "cobertura universal"? De que maneira estas ações podem contribuir para a produção de estigma, em vez de confrontá-lo?

Todas as questões acima mencionadas, e tantas outras, fazem parte do cotidiano dos serviços e da atuação dos profissionais que compõem a equipe. Trazidas em forma de provocação podem ser discutidas a partir da realidade dos serviços onde se atua, no sentido de contribuir ao aperfeiçoamento da função e do perfil do serviço onde se trabalha. É importante avaliar de forma contínua a atitude do serviço frente sua responsabilidade ética e técnica de prover serviços de saúde às pessoas que usam drogas.

2.2.1. Representações sociais sobre o cuidado a pessoas que usam substâncias psicoativas

A expressão "pessoas que usam drogas" exige que as discussões, sejam elas clínicas ou de formulação de políticas de saúde, incorporem a dimensão do humano e da garantia de direitos. Não se pode, de maneira nenhuma, torná-las invisíveis, reféns de intervenções autoritárias ou restringir sua participação na construção de estratégias de saúde relativas a sua situação.

Diante dessa situação, é preciso retomar a recomendação de que cada caso é um caso. Essa simples e básica definição nos coloca de volta a um patamar de escutar, acolher e avaliar cada pessoa que tem necessidades de saúde relacionada ao consumo de drogas. E, cada vez mais, é importante que tenhamos a clara noção de que estamos nos referindo a pessoas. A pessoas que usam drogas.

Dando consequência à compreensão de que cada caso é um caso, é adequado imaginar que a condução de cada caso tem que ser diferenciada. Nos últimos anos, a compreensão de que a "questão das drogas" ou da "dependência de drogas" é um fenômeno complexo e de que não existe

saída única tem sido vocalizada mais frequentemente. Ou seja, é feita a crítica ao oferecimento de uma intervenção padrão – geralmente, a internação – para todas as pessoas. Este tipo de entendimento não faz sentido pelo simples fato de que cada pessoa carrega em si características únicas e singulares e que devem fazer parte indissociável do planejamento de qualquer ação de cuidado. Toda e qualquer intervenção pré-concebida, baseada no conhecimento do profissional ou no perfil do serviço de saúde, ou sem contato com a história e o protagonismo dos usuários, deixa de levar em consideração elementos fundamentais para a elaboração - e sucesso - do próprio projeto terapêutico.

É interessante observar que, de um lado, o consumo e os consumidores de drogas estão comumente associados a ideias negativas (crime, vício e outros). Do outro, o apoio à internação involuntária ou compulsória como forma ideal de cuidar é imenso (MARINHEIRO, 2012). Em verdade, ambas as avaliações são limitadas e apontam para soluções que combinam segregação da diferença e fantasia da resposta-única-universal.

No entanto, tanto as diretrizes políticas internacionais e brasileiras do cuidado em saúde das pessoas que usam drogas quanto o cotidiano clínico dos serviços de atendimento rechaçam estes reducionismos perigosos. Internacionalmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime (UNODC/ WHO, 2008), a Organização Panamericana da Saúde (OPAS/ OMS, 1990, 2005, 2010) e a Organização dos Estados Americanos (OEA, 2013), em documentos oficiais, explicitam a complexidade destas questões e consequentemente ampliam as possibilidades de intervenção. No âmbito nacional, a política específica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) para o cuidado das pessoas que usam drogas, publicações técnicas relacionadas ao funcionamento dos CAPS (BRASIL, 2004b) e as portarias que instituíram planos de ação sobre o tema (BRASIL, 2009) e que regem o funcionamento dos serviços de Atenção Psicossocial no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011) caminham na direção oposta à simplificação desta situação.

A diversificação do perfil dos serviços de saúde e de suas finalidades convocam justamente ao trabalho conjunto, em rede, para atuar em benefício das pessoas que usam drogas. Até porque, se existe apenas uma alternativa e ela falhar, não há o que fazer ou repete-se a mesma intervenção. Porém, se se pode contar com vários recursos, as possibilidades de cuidado e de sucesso aumentam. Por isso, é necessário avaliar adequadamente a implementação dos serviços previstos na RAPS, como Centros de Atenção Psicossocial, as Unidades de Acolhimento, os Consultórios na Rua, as Equipes de Saúde da Família, os Leitos em Hospital Geral, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, entre outros.

As crenças e valores de como cuidar de pessoas que usam drogas, e de uma forma geral das pessoas com sofrimento mental, ainda sofrem influências de determinados modos de pensar que valorizam a medicalização, a internação, dentre outras estratégias possíveis. Exemplos desta realidade estão explícitos no trabalho de Lucchese et al (2009), quando, ao entrevistar um profissional da atenção básica, ouviu "O atendimento na área de saúde mental feito na unidade acaba se restringindo à medicalização..." (p.2036), traduzindo uma forma de cuidar. Importante notar também, que no mesmo artigo, agentes comunitários de saúde disseram: "Tem um sintoma diferente do outro. Nenhum é igual. Assim como todos nós... a gente tem as nossas diferenças. A gente tem que trabalhar com diferenças" (p.2039) e também "... Eu chego na casa dela, começo a conversar com ela, assunto que não tem nada a ver, às vezes até sobre o quintal, da casa dela, algum assunto, de repente ela tá sorrindo e passa aquela agressividade" (p.2039).

Reflexão

O reflexo clínico da proposição de diversificação de respostas se dá no cotidiano do cuidado destas pessoas. Por exemplo: quantas vezes já ouvimos que o fulano foi internado 8 vezes e voltou a usar drogas? Em quantos momentos percebemos que o usuário sob nosso cuidado necessita de uma intervenção que o nosso serviço não oferece? Qualquer profissional que trabalha na ponta já se fez estas perguntas. Por outro lado, o contrário também é recorrente. Quantas vezes encaminhamos um usuário para outro serviço antes mesmo de conhecê-lo?

De uma maneira geral, existe uma avaliação majoritária da sociedade de que a internação voluntária ou involuntária, das pessoas que usam *crack*, soluciona imediatamente o problema. O apoio a esta forma de tratar é maciço, segundo pesquisa do Datafolha realizada em 2012 (MARINHEIRO, 2012). Revela-se um traço de uma sociedade que busca respostas rápidas mescladas com uma fantasia de que a ausência do campo de visão faz com que o problema passe à inexistência ou, pelo menos, a não incomodar o seu cotidiano.

É necessário entender que a internação pode e serve como alternativa importante para os casos muito graves, que coloquem em risco a vida do usuário ou de terceiros. E pode ser a possibilidade viável do início de um trabalho terapêutico. Ou seja, a internação, quando justificada, deve acontecer. Deve fazer parte das possibilidades da rede de atenção. Só não pode ser a regra geral para todos os casos, pois desse modo configura-se como "a" alternativa, o que não é correto para nenhuma substância psicoativa, seja lícita ou ilícita.

Reflexão

Da mesma forma que as alternativas sanitárias são múltiplas, os resultados esperados a partir delas são diversos, consequentemente. A abstinência é apenas um deles, apesar de ser considerado como o principal resultado a ser buscado. No entanto, como esperado, as respostas aos tratamentos variam de pessoa para pessoa e as taxas de abstinência prolongada não são altas (MARSDEN et al. 2009). Neste sentido, é fundamental que sejam considerados como "sucesso no tratamento" outras características, além da interrupção do consumo de drogas.

Por exemplo, se associamos outros marcadores como funcionamento social e pessoal, riscos de segurança e saúde pública, propostos pela Organização Mundial da Saúde, a avaliação dos resultados do tratamento certamente fica mais complexa, mas, ao mesmo tempo, mais ampla. O tratamento pode ser considerado como bem sucedido mesmo se o consumo se mantém no mesmo nível ou reduzido. Exemplos: se o usuário continua indo ao serviço de saúde mesmo se há mudança na via de administração da droga (de injetada para fumada), se retomou vínculos com pessoas afetivamente importantes, se é possível voltar a estudar ou trabalhar. Em todas estas situações, compreende-se que a pessoa que usa drogas, progride em outros domínios da vida, aumentando sua qualidade de vida.

A relação destas reflexões com o cotidiano dos serviços pode ser realizada a partir de algumas questões: diversidade de serviços e acolhimento, adesão ao tratamento, sucesso no tratamento. A diversidade de serviços pode ser tanto na composição da rede, quanto, por exemplo, na oferta de diferentes atividades no mesmo serviço. Em verdade, a diversidade de pontos de atenção de uma rede (e num mesmo serviço) é característica fundamental para cumprir o papel de acolher o usuário e oferecer respostas às suas demandas.

A partir desta premissa, o desafio seguinte é criar ambiente que favoreça a adesão do usuário. É importante chamar a atenção para o efeito das possíveis distorções entre as demandas dos usuários e as respostas produzidas pelos serviços. Por exemplo, se um serviço funciona preconizando apenas a lógica da abstinência, como proporcionar a adesão de um usuário que não está em condições de atender a esta exigência? Neste caso, se o usuário não volta ao serviço, é possível concluir que o serviço não aderiu às necessidades do usuário, e não o contrário. É crucial, numa situação como esta, analisar os impactos negativos profundos desta forma de organizar o serviço, que serve mais à restrição do acesso e a uma compreensão de que as regras de organização do serviço são mais importantes que as demandas dos usuários. A aposta deve ser na direção contrária, de adaptar as estratégias de cuidado às necessidades da população a ser atendida. Intervenções desenvolvidas para pessoas em situação de rua, onde os profissionais são desafiados em cada contato a repensar suas práticas, são exemplos interessantes deste entendimento.

A aposta nas intervenções de saúde pública para lidar com o consumo de drogas e suas consequências é vital para, primeiramente, ampliar o acesso aos serviços de saúde e tornar concreta a disposição constitucional de que saúde é um direito de todos. O entendimento de que a ênfase deve ser dada no aprofundamento da garantia de direitos – à saúde, entre tantos outros – é determinante para superar a lógica do encarceramento e da exclusão como forma de lidar com o tema. Quanto mais desafios o consumo de drogas colocar ao setor saúde (profissionais de saúde, serviços, gestores, usuários, familiares), mais será necessária a articulação para sustentar o compromisso ético de garantir o cuidado de qualidade. Este entendimento é compartilhado pela UNODC (2010), em documento intitulado "Da coerção à coesão".

Em detrimento das sanções judiciais aplicadas ao consumo de drogas, lutar todos os dias para garantir direitos às pessoas que usam drogas. Direito à saúde, ao trabalho, à moradia, à educação, ao lazer, garantir

todos os direitos humanos. Esta compreensão nos remete imediatamente à limitação do alcance das intervenções específicas de saúde para o consumo de drogas e nos remete à necessidade da articulação com outros serviços, políticas sociais e poderes constituídos. Porque, na verdade, a ausência de garantia de direitos perpetua um circuito fechado vulnerabilidade→droga→vulnerabilidade, impedindo que a sociedade seja mais coesa ética e socialmente.

A proposta de responsabilização coletiva sobre este tema está refletida no título da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, realizada em 2010. Seu relatório final (BRASIL, 2011), aponta a imprescindibilidade da articulação de diferentes políticas sociais e de Estado no sentido de garantir não só o cuidado às pessoas que usam drogas, mas primeiramente sua cidadania. A garantia de direitos deste grupo populacional não reside somente nos serviços de saúde, mas em todos os campos.

2.3. Resumo da unidade

Na unidade recém encerrada, foram abordadas várias questões fundamentais sobre o uso de substâncias psicoativas, sobre as pessoas que usam estas substâncias e também sobre as formas de tratamento para estas pessoas.

As maneiras que os diversos agrupamentos da sociedade brasileira compreendem estas questões estão intimamente ligadas às suas percepções pessoais e ao contexto histórico que estamos vivendo. Estas conexões influenciam e são influenciadas pela mídia, pela segurança pública, pela legislação vigente sobre o tema, entre outras. De uma forma geral, a opinião majoritária no Brasil é conservadora (apoio à Guerra às Drogas e à internação compulsória) e, não raro, distante da realidade e de soluções racionais para os assuntos relacionados ao tema das substâncias psicoativas.

Chamo sua atenção para algumas observações:

Uso de substâncias psicoativas – conhecido e reconhecido em todos os momentos da humanidade. Substâncias psicoativas foram, são e serão consumidas por diferentes pessoas, em diferentes momentos para atingir objetivos diferentes. Não existe padrão único de consumo de substâncias psicoativas. A experimentação não leva necessariamente à dependência.

Pessoas que usam substâncias psicoativas – substâncias psicoativas são consumidas por pessoas de todas as camadas sociais. A vinculação do consumo de substâncias psicoativas a parcelas específicas da sociedade (pessoas em situação de rua, negros, jovens, moradores da periferia) gera estigmatização e/ou criminalização, interferindo gravemente na garantia de direitos humanos fundamentais (acesso à saúde, por exemplo).

Formas de tratamento para pessoas que usam drogas - não existe saída única para as diferentes demandas de saúde que podem ser consequência do consumo de substâncias psicoativas (cada caso é um caso). As intervenções sanitárias devem estar em sintonia com as demandas das pessoas que procuraram o serviço de saúde. O sucesso do tratamento pode e deve ser avaliado a partir de diversos campos (interrupção ou redução do consumo de drogas, retomada de laços afetivos com pessoas significativas, volta ao trabalho/escola). Intervenções intersetoriais (educação, trabalho, lazer, moradia) contribuem de forma decisiva para formular atividades integradas e potencializam a garantia de direitos humanos das pessoas que usam drogas.

2.4. Leituras complementares

MACRAE, E; TAVARES LA & NUÑEZ, MA (Orgs). **Crack:** contextos, padrões e propósitos de uso. Coleção Drogas: Clínica e Cultura. Salvador: CETAD/EDUFBA, 2013.

SILVEIRA, DX & MOREIRA, FG (Orgs). **Panorama Atual de Drogas e Dependências.** São Paulo: Atheneu, 2006.

Encerramento do módulo

Chegamos, assim, ao final do primeiro módulo de nosso curso. Achamos de suma importância colocar, neste momento, questões que nortearão muitas das discussões que se seguirão, a partir de um ponto de vista histórico. A sociedade nos faz ver, por meio da história, que o uso e abuso de substâncias não podem ser caracterizados como fenômenos estranhos aos grupos sociais. Ao contrário, em todas as sociedades conhecidas, da antiguidade aos dias atuais, o consumo de substâncias psicoativas está presente, tomando diferentes formas culturais, apresentando-se de diferentes maneiras e causando diversas interpretações. Os componentes negativos dos impactos causados, entretanto, propicia que o fenômeno seja analisado como se representasse, em determinados momentos, a eclosão de uma epidemia. Com isso, mitos se instalam e, de acordo com as teorias explicativas dominantes, levam a representações incompatíveis com a realidade.

Como vimos as representações da pessoa que usa drogas, do fenômeno como um todo e do cuidado para com estas pessoas, mostram-se como componentes de um sistema ideológico pleno de contradições. A dialética desse sistema contextualiza a emergência de opiniões, atitudes e demandas que atinge, envolve e desafia o profissional de saúde, um dos setores que se envolve mais diretamente com o fenômeno do consumo de substâncias.

Este profissional não pode se deixar levar simplesmente pelas representações sociais que se engendram no seio de mitologias e jogos de interesse, mas deve preservar sua visão de forma a contemplar diferentes perspectivas, olhares e saberes e daí alimentar sua práxis. Este é o espírito da discussão que aqui desejamos iniciar. É a esse profissional, alvo de tantos desejos, disputados por poderes e instituições, que nos dirigimos para propor, inicialmente, uma abertura, uma postura crítica e uma firme disposição de exercer uma práxis orientada por

reflexões enriquecidas pelo conhecimento encontrado nas diversas áreas do saber. Nossa ambição é que, dessa forma, este módulo lance as bases para um curso que se caracterize como parte de um processo de formação de cunho amplo, crítico e reflexivo, quebrando paradigmas, superando obstáculos ao avanço no estudo do fenômeno do uso e abuso de drogas na sociedade contemporânea.

Walter Ferreira de Oliveira

Henrique Carneiro

Referências

ARAUJO, LF; CASTANHA, AR; BARROS, APR e CASTANHA, CR. Estudo das representações sociais da maconha entre agentes comunitários de saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2006, vol.11, n.3, pp. 827-836.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**/Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl.– Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_de_ad.pdf

_____. 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, 2004b. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 21 de janeiro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 1190 de 04 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://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html. Acesso em: 20 jan. 2014

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 21 jan. 2014

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos. Jurídicos. **Lei Federal 1343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm. Acesso em: 23 jan 2014.

BRAUDEL, Fernand. **Civilização Material, Economia e Capitalismo**. Lisboa, Cosmos, 1970.

BUCHER, R. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre. Editora: Artes Médicas, 1992.

CARNEIRO, Henrique. **As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX**, in Outubro, nº 6, São Paulo, 2002, pp. 115-128

_____. **Pequena enciclopédia de história das drogas e bebidas**. 1. Ed. Rio de Janeiro: Campus/Elsevier, 2005.

_____. **Bebida, abstinência e temperança na história antiga e moderna**. 1. Ed. São Paulo: Editora Senac. São Paulo, 2010.

CASCUDO, Luis da Camara, Prelúdio da Cachaça. **Etnologia, história e sociologia da aguardente no Brasil**. Belo Horizonte, Itatiaia. 1986.

CASTANHA, AR; ARAUJO, LF. Álcool e agentes comunitários de saúde: um estudo das representações sociais. **Psico-USF** (Impr.) [online]. 2006, vol.11, n.1, pp. 85-94.

COUTINHO, MPL; ARAUJO, LF; GONTIÈS, B. **Uso da maconha e suas representações sociais**: estudo comparativo entre universitários. **Psicol. estud**. 2004, vol.9, n.3, pp. 469-477.

GOMES, R. Análise de dados em Pesquisa Qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social – Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994. cap. 4, p. 67-80.

FONSECA, A.A et al. Representações sociais de universitários de psicologia acerca da maconha. **Estudo em Psicologia**. (Campinas) [online]. 2007, vol.24, n.4, pp. 441-449.

LUCCHESE, R; OLIVEIRA, AGB; CONCIANI, ME; MARCON, SR. **Saúde mental no Programa Saúde da Família:** caminhos e impasses de uma trajetória necessária. Cad. Saúde Pública [online]. 2009, vol.25, n.9, pp. 2033-2042.

MACRAE, Edward J. B. N. (Org.); ALMEIDA, Alba Riba de (Org.); NERY FILHO, Antonio (Org.); TAVARES, Luiz Alberto (Org.); FERREIRA, Olga Sá (Org.). **Drogas, Tempos, lugares e olhares sobre seu consumo**. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia - EDUFBa, 2004.

MARINHEIRO, Aguinaldo. 90% aprovam internação involuntária. **Folha de S.Paulo**. São Paulo, 25 janeiro 2012. Disponível em: http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidiano/22009-90-aprovam-internacao-involuntaria.shtml. Acesso em: 22 jan. 2014

MARSDEN J, Eastwood B, Bradbury C, et al. **Effectiveness of communtiy treatments for heroin and crack cocaine addiction in England:** a prospective, in-treatment cohort study. Lancet 2009; 374: 1262–

MEDEIROS, R. Clínica e croni (cidade): impactos do uso/abuso de crack na configuração urbana e nos tratamentos da toxicomania. In: SAPORI, LF; MEDEIROS, R. (orgs.) **Crack: Um Desafio Social**. Belo Horizonte: Editora PUC Minas; 2010. 220 p.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

OEA. Organización de los Estados Americanos. **Escenarios para el problema de drogas en las Americas.** Cartagena de Indias – 2012. Disponível em: http://www.oas.org/documents/spa/press/Informe_de_Escenarios.pdf. Acesso em: 21 jan. 2014

OLIVEIRA, JF; PAIVA, MS; VALENTE, CLM. Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero. **Ciência e saúde coletiva** [online]. 2006, vol.11, n.2, pp. 473-481.

OLIVEIRA, L.R.; NAPPO, A.S. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 2008. p. 42 (4), 664-671.

OPAS/OMS. Organização Panamericana de Saúde. Organização Mundial da Saúde. **Declaração de Caracas**. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Caracas.1990. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf. Acesso em: 22 jan. de 2014.

REPORTAGEM LOCAL. **76% querem que uso de maconha siga proibido**. Folha de S. Paulo. São Paulo. 6 abril 2008. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff0604200802.htm.> Acesso em: 23 jan 2014.

RODRIGUES, Thiago. **A política de drogas e a lógica dos danos**. Verve, 2003, 3: 257-277. Disponível em: http://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/viewFile/4947/3495

SANTOS, MFS; ACIOLI NETO, MLS; OLIVEIRA, Y. Representações sociais do crack na imprensa pernambucana. **Estudos em psicologia**. Campinas, Set 2012, vol.29, no.3, p.379-386.

SEIBEL, Sérgio Dario; e TOSCANO Jr., Alfredo (ed.). **Dependência de drogas**. São Paulo, Atheneu, 2001.

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil**. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011. 106 p.

UNODC. **From coercion to cohesion:** Treating drug dependence through health care,not punishment. New York, 2010. Disponível em: https://www.unodc.org/docs/treatment/Coercion_Ebook.pdf. Acesso em: 20 jan. 2014

UNODC/WHO. United Nations Office on Drugs and Crim. Word Health Organization **Princípios de Brasília**. 2005. Disponível em: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PRINCIPIOS_dE_BRASILIA.pdf

_____. **Principles of drug dependence treatment**. Viena, 2008. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/principles_drug_dependence_treatment.pdf. Acesso em 22 jan. 2014

_____. **Consenso de Panamá**. Ciudad de Panamá. 2010. Disponível em: http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/1.%20PosterSpanishJAN11.pdf. Acesso em: 21 jan. 2014

VENANCIO, R. P. (Org.); CARNEIRO, Henrique Soares (Org.). **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo/Belo Horizonte: Alameda/Editora PUCMinas, 2005.

WHO. World Health Organization. **Outcome evaluations** (workbook 7). WHO, Genebra, 2000. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MSD_MSB_00.2h.pdf. Acesso em: 20 jan. 2014.

WHO. World Health Organization. Management of substance abuse. **Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization**. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en. Acesso em: 23 jan. 2014.

Minicurrículo

Walter Ferreira de Oliveira (Organizador)

Professor da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), coordenador do Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da UFSC, Líder do Grupo de Pesquisas em Políticas de Saúde / Saúde Mental (GPPS), parecerista de várias revistas científicas. Graduado em Medicina pela Escola de Medicina e Cirurgia, da Federação das Escolas Federais Isoladas do Estado do Rio de Janeiro - FEFIERJ, atual Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UniRio (1976), Mestrado em Public Health - MPH, University of Minnesota (1989) e Doctor of Philosophy (Ph.D.), Social and Philosophical Foundations of Education Program - University of Minnesota (1994). Presidente da Associação Brasileira de Saúde Mental - Abrasme 2009-2010 e membro da atual Diretoria 2011-12. Editor científico da revista Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. Membro do GT sobre Hospitais de Custódia da Procuradoria Federal de Direitos do Cidadão. Coordenador do GT em Desinstitucionalizaçao do Conselho Estadual de Saúde do Estado de Santa Catarina. Conselheiro de Saúde de Florianópolis, membro eleito da Câmara Técnica e membro da Comissão de Saúde Mental do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis; Coordenador dos projetos de extensão Humanizarte e Terapeutas da Alegria - UFSC.

Endereço do currículo na plataforma lattes:
http://lattes.cnpq.br/7164075918880484

Henrique Soares Carneiro (Organizador, Autor Unidade 1)

É professor de História Moderna da Universidade de São Paulo. Foi professor de História do Brasil República, na Universidade Federal de Ouro Preto. Possui mestrado e doutorado em História Social pela Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas (1997). Tem experiência na área de História, onde leciona e desenvolve pesquisas em História da Alimentação, das Bebidas e das Drogas.

Endereço do currículo na plataforma lattes:
http://lattes.cnpq.br/1889629676409557

Francisco Cordeiro (Autor Unidade 2)

Formado em Psicologia em 1995 pela Universidade Federal de Rondônia; mestre em Saúde Pública e Uso de Álcool e outras Drogas pela Universidade de Londres e doutorando em psiquiatria na Universidade Federal de São Paulo. Trabalhou em gestão municipal e estadual na área de saúde mental. Foi assessor técnico da coordenação de saúde mental, álcool e outras drogas do Ministério da Saúde de 2003 até 2012. É consultor nacional de saúde mental na OPAS/OMS no Brasil desde fevereiro de 2012.

UFSC

UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

SUS

Ministério da
Saúde

Governo
Federal