

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**

**O CAPS AD E O ATENDIMENTO AOS ADOLESCENTES USUÁRIOS DE DROGAS
ILÍCITAS EM JUIZ DE FORA/MG**

ALESSANDRA COSTA CAMPOS

**JUIZ DE FORA
2010**

**O CAPS AD E O ATENDIMENTO AOS ADOLESCENTES USUÁRIOS DE DROGAS
ILÍCITAS EM JUIZ DE FORA/MG**

ALESSANDRA COSTA CAMPOS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social, sob orientação da Profa. Dra. Cláudia Mônica dos Santos.

Aprovada em ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Cláudia Mônica dos Santos
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dra. Rita de Cássia Cavalcante Lima
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dra. Alexandra Aparecida Leite Toffanetto Seabra Eieras
Universidade Federal de Juiz de Fora

**JUIZ DE FORA
2010**

Campos, Alessandra Costa.

O CAPS AD e o atendimento aos usuários de drogas ilícitas em Juiz de Fora / Alessandra Costa Campos. – 2010.

179 f.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social)—Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010.

1. Drogas ilícitas. 2. Adolescência – Uso de drogas. I. Título.

CDU 615.099:159.922.8

Com meu destino ninguém mais se importa
(...)
Morava com a minha mãe, me lembro da minha mina feliz
Cheirava comigo sem parar
2 loucos 24 horas no ar
Parei com estudo, perdi até o trampo
Ganhei o mundo e uma desilusão e tanto
Perdi a minha própria mãe, que trauma!
Morreu de desgosto por minha causa
Nem assim eu consegui parar vich!
Só a morte pode me libertar
Eu roubava pra sobreviver ou melhor
Pra manter o vício e não morrer, que dó
Suicídio lento era o processo
Eu nunca fui estrela, eu nunca fui sucesso
Contaminado HIV positivo
Qual a diferença do inimigo pro perigo
Aí, são 2 da manhã e faz chuva
Pesadelo ainda continua
Continua ladrão, o pesadelo ainda continua...

Depoimento de um viciado
(Realidade Cruel)

Dedico esta dissertação àqueles que trabalham no intuito de incluir as necessidades específicas de nossas crianças e adolescentes nas Políticas Públicas, e também estes que, sem voz ativa na sociedade, esperam que gritemos por eles.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao Deus criador do céu e da terra e de tudo o que existe – Deus da bíblia – sem o qual eu não teria forças para prosseguir nesta caminhada.

Aos meus pais, familiares e amigos, que compreenderam minha pouca disponibilidade para atividades de lazer e festividades em geral.

Aos colegas do mestrado, com os quais compartilhamos conhecimentos e amizades.

Aos mestres do Programa de pós-graduação, e, em especial, a minha orientadora Cláudia Mônica, que me “suportou” quando eu pensava até mesmo em desistir devido às dificuldades na conciliação entre estudo e trabalho. Aos funcionários da faculdade em geral: Estelinha, Raquel e Alessandra, todos, sem exceção.

À professora Gilberta Asceselrad, da UERJ, e aos alunos do curso “Drogas, Políticas Públicas e propostas pedagógicas alternativas”, realizado no Núcleo de Estudos Drogas/ AIDS e Direitos Humanos/ LPP desta universidade.

Aos meus colegas de trabalho (assistentes sociais, psicólogos, a psiquiatra Wânia Dantas Meyer, funcionários em geral), principalmente àqueles que me auxiliaram na concretização da pesquisa.

Aos profissionais das instituições que contribuíram para a realização deste trabalho (PEMSE, Instituição de acolhimento e CAPS AD), em especial à juíza Maria Cecília Gollner Stephan que autorizou a realização de pesquisa junto aos adolescentes atendidos pela Vara da Infância e Juventude da Comarca de Juiz de Fora/MG. Por fim, agradeço aos adolescentes entrevistados, os quais compartilharam conosco suas vidas e percepções quanto a Política de Drogas municipal.

RESUMO

A atual política de drogas brasileira trouxe alterações no que diz respeito ao tratamento usualmente destinado aos usuários. Destacou-se na última década a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial Alcool Drogas (CAPS AD). O documento “Política do Ministério da Saúde para Atenção aos Usuários de Alcool e Outras Drogas” assinalou a necessidade de se estabelecer políticas capazes de promover a atenção à população infanto-juvenil em todos os níveis. Não observamos, todavia, neste documento, a adoção de metodologias concretas para o atendimento desta população. Este estudo objetivou analisar a contribuição do CAPS AD de Juiz de Fora/ MG, recém-instalado no município, no atendimento aos adolescentes usuários de drogas ilícitas encaminhados pela Vara da Infância e Juventude (VIJ/TJMG). Para isso, realizamos entrevistas junto à assistente social do CAPS AD-jf e a nove adolescentes atendidos pela VIJ, que aceitaram participar da pesquisa, sendo aplicados aos mesmos questionários semi-abertos. A conclusão do estudo apontou para o não-desenvolvimento, no equipamento juizdeforano, de metodologias específicas voltadas para o público adolescente, sendo o atendimento, inclusive, restrito quanto a determinados procedimentos (a exemplo das oficinas), os quais são realizados exclusivamente pela população adulta. Diante do estudo realizado, avaliamos serem ainda tímidos os avanços obtidos a partir da nova política de drogas brasileira no que tange à interlocução adolescência e drogas.

Palavras chave: adolescência, drogas, política de drogas.

ABSTRACT

The most recent Brazilian politics on drugs has brought changes in regards to the treatment usually offered to the users. During the last decade what has been in the forefront is the opening of centers of psychological and social attention for alcohol and drugs (CAPS AD). The document "Health Ministry's Politics for the attention to the users of alcohol and other drugs" presented the need of establishing politics that are able to promote the attention to the child-adolescent public in all levels. Although, one cannot observe, in this document, the adoption of concrete methodologies for the care of this population. This study has had as an objective to analyze the contribution of the CAPS AD in Juiz de Fora / MG, recently created in the county, caring for teenage users of illicit drugs that have been sent by the Child and Adolescent Court (VIT/TJMG). To achieve this we interviewed nine teenagers, accompanied by the Social Worker of the program CAPS AD – JF, cared for by the program (VIJ), that willingly accepted to participate in the research, with whom the same questionnaire was applied. The conclusion of the study brought forth the under development of the equipment in Juiz de Fora, the specific methodologies focusing the teenage public, being that the care, including, restricted as determined procedures (as an example the work shops), that are practiced exclusively by the adult population. The present study allows us to evaluate that there are still advances to be made, based on the new Brazilian drug politics in regards to the teenage drug use.

Key Words: Teenagers, drugs, drug politics.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 ADOLESCÊNCIA E USO DE DROGAS NA SOCIEDADE CAPITALISTA CONTEMPORÂNEA	18
2.1 DO 2º PÓS-GUERRA AOS DIAS ATUAIS: AS TRANSFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS E CULTURAIS NO MUNDO E A INFLUÊNCIA NO COTIDIANO DA POPULAÇÃO JOVEM.....	22
2.2 DROGAS NO CONTEXTO INTERNACIONAL.....	36
2.2.1 Política Antidrogas Norte-Americana: O Avento Do Proibicionismo E Sua Influência Nos Países Latino-Americanos.....	38
2.2.2 A Política De Drogas Na Europa – A Estratégia Da Redução De Danos	55
3 DROGAS E POLÍTICAS PÚBLICAS: AS CONCEPÇÕES PRESENTES NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA CONTEMPORÂNEA	63
3.1 O CENÁRIO BRASILEIRO CONTEMPORÂNEO E AS PERSPECTIVAS PARA A JUVENTUDE	64
3.2 O BRASIL: LEGISLAÇÕES E POLÍTICAS PÚBLICAS EM MATÉRIA DE DROGAS	75
3.2.1 O início da legislação proibicionista no Brasil	77
3.2.2 Democratização, drogas e reforma psiquiátrica.....	94
3.2.3 O Governo Lula e a política pública brasileira de drogas	105
4 ADOLESCÊNCIA, DROGAS E POLÍTICA DE DROGAS NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA/MG.....	112
4.1 A SITUAÇÃO DOS ADOLESCENTES USUÁRIOS DE DROGAS ILÍCITAS NA COMARCA DE JUIZ DE FORA.....	112
4.2 A POLÍTICA DE DROGAS E O ATENDIMENTO AOS ADOLESCENTES USUÁRIOS DE DROGAS ILÍCITAS EM JUIZ DE FORA – ENFOQUE PARA O CAPS AD-JF	135

4.3 O CAPS AD E O ATENDIMENTO AOS ADOLESCENTES USUÁRIOS DE DROGAS ILÍCITAS RECEBIDOS PELA VIJ NA COMARCA DE JUIZ DE FORA	143
4.3.1 O CAPS AD-JF – A entrevista com a assistente social	143
4.2.2 O CAPS AD-JF – A concepção dos adolescentes	151
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	157
6 REFERÊNCIAS.....	162
7 ANEXOS	169

1 INTRODUÇÃO

Nesta dissertação, buscamos concretizar uma antiga pretensão, trata-se da reflexão de determinado aspecto da realidade social a partir das observações advindas da prática profissional.

Em geral, quando terminamos a graduação e alçamos o mercado de trabalho, ouvimos de alguns profissionais (ditos “da prática”) o famoso jargão, problematizado por Santos (2006) e Forti e Guerra (2010): “na prática a teoria é outra”. Infelizmente, essa falsa dicotomia – teoria e prática – se repete no imaginário de uma parcela dos assistentes sociais, que apontam para a subdivisão da categoria entre os “profissionais da teoria” e os “profissionais da prática”. Tal cisão configura-se uma falácia, pois pressupõe, por exemplo, que esta última categoria não possa refletir acerca das questões latentes em seu cotidiano profissional e que a atuação da primeira não seja capaz de produzir alterações relevantes de cunho social e/ou profissional.

Nesta dissertação, buscamos “ousar”, como profissional teórica e prática que, retornando ao berço do conhecimento, traz consigo as inquietações e questionamentos do campo profissional. A problematização a ser desenvolvida aqui não se refere diretamente à prática do assistente social, mas a aspectos que, ligados à ordem capitalista contemporânea mais geral, têm influenciado nas condições de vida da população usuária desta e de outras profissões, exigindo das mesmas respostas inovadoras e propositivas.

Entre as inúmeras provocações referentes a nossa inserção profissional na Vara da Infância e Juventude/Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais (VIJ/TJMG), comarca de Juiz de Fora/ MG, buscamos a que mais nos incomodava e impulsionava a prosseguir nesta caminhada: a situação dos adolescentes usuários de drogas ilícitas atendidos pelo Serviço Social forense na comarca de Juiz de Fora.

De forma geral, temos visto que a exponenciação da questão social, aliada à inoperância estatal (assinalada principalmente pela deficiência e/ou falta de políticas públicas que venham ao encontro das reais necessidades da população), vem delegando ao Poder Judiciário uma “nova função” – a intervenção sobre a questão social que reforça a necessidade do profissional de Serviço Social, inserido no quadro do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais no início dos anos de 1990, com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

A atuação do assistente social no campo sociojurídico se faz através do estudo social¹, materializado no relatório técnico, o qual é parte integrante dos autos (processo). Seu objetivo é prezar pela efetivação da cidadania dos usuários, seja através da articulação com a rede de atendimento na perspectiva do direito, seja através da denúncia à autoridade máxima (o juiz), quando esgotadas as possibilidades de intervenção.

Em nosso ambiente profissional, temos nos deparado com as mais diversas situações envolvendo a drogadição na adolescência, mais precisamente nos processos de pedido de providência², ato infracional³ e autorização judicial⁴, embora não exclusivamente; visto que em outras naturezas processuais tal questão pode eventualmente estar presente.⁵

A drogadição na adolescência aparece nos autos ora *indiretamente*, não se constituindo, *a priori*, na demanda processual principal (como, por exemplo, situações de infrequência escolar, nas quais o uso de drogas é apontado pela escola/família como elemento de conflito neste ambiente institucional; atos infracionais, como furtos, realizados no intuito de conseguir dinheiro para manter o consumo etc.); ora *diretamente*, constituindo-se em demanda principal do processo, como, por exemplo, os atos infracionais envolvendo o comércio de drogas (neste caso, os adolescentes são julgados pela VIJ e os adultos envolvidos, pela justiça comum em autos apartados) e os processos de autorização judicial.

Em determinados casos, observamos, através do contato estabelecido com os adolescentes, que estes e suas famílias, antes de chegarem ao Poder Judiciário, não tiveram acesso às políticas públicas em geral ou tiveram-no precariamente, seja devido às dificuldades de oferta/demanda, seja em virtude do desconhecimento da rede de atendimento. A chegada destes sujeitos à VIJ normalmente se dá pela violação de seus direitos (seja pela família, pelo poder público ou pelo próprio sujeito) ou através do ato infracional.

¹ O estudo social é o instrumento utilizado para conhecer e analisar a situação, vivida por determinados sujeitos ou grupo de sujeitos sociais, sobre a qual fomos chamados a opinar (MIOTO, 2001). Geralmente é realizado a partir de uma demanda institucional.

² Pedido de providências – sob essa natureza processual tem-se a mais diversa gama de situações de cunho social, envolvendo a violação dos direitos de crianças e adolescentes, seja por parte da família, do próprio sujeito ou do Estado.

³ Segundo o ECA, “considera-se o ato infracional a conduta descrita como crime ou contravenção penal” praticada por adolescentes (pessoas entre 12 e 18 anos incompletos).

⁴ Autorização judicial – natureza processual em que uma pessoa requer uma autorização da justiça para realizar determinado ato que não poderia fazer normalmente. Na maioria dos casos ocorridos na VIJ da comarca de Juiz de Fora, familiares do adolescente ou estes últimos solicitam a internação dos mesmos em hospital geral ou clínica psiquiátrica para fins de desintoxicação. Nestes casos, é notória a deficiência das políticas públicas em lidar com a drogadição na adolescência, sendo necessária à intervenção judicial (ainda que paliativa e não satisfatória) para que se tenha acesso ao tratamento.

⁵ Ainda que com menor frequência, a questão da drogadição pode estar presente em outras naturezas processuais, não se constituindo, no entanto, em demanda principal do processo. Como exemplo disso, tem-se o uso de drogas por adolescentes em acolhimento institucional e ainda, por estes sujeitos em situações de guarda, tutela ou adoção, entre outros.

A criminalização da questão social permanece implícita na maioria dos casos atendidos que têm como sujeito principal os jovens pobres. No contexto institucional, o assistente social realiza os devidos encaminhamentos à rede de proteção (visto que o Tribunal de Justiça não se constitui, *a priori*, em um órgão executor de políticas públicas), devendo o caso ser atendido preferencialmente pelo Poder Executivo através dos equipamentos e serviços existentes na rede pública.

No que diz respeito às drogas, destacava-se, na VIJ (anteriormente à inauguração do CAPS AD em Juiz de Fora), a expressiva demanda – por parte de familiares de usuários e, em alguns casos, também destes últimos – pela realização de tratamento em serviços de natureza pública não governamental ou particular, dada à insuficiência de instituições estatais voltadas para a temática no município de Juiz de Fora.

Algumas destas instituições disponibilizavam para a comunidade determinada quantidade de vagas gratuitas, as quais se tornavam objeto de disputa entre os usuários. A judicialização da questão – via processos de “autorização judicial” – justificava-se pelo fato de que estas instituições (nas quais seria realizado o tratamento), em sua maioria, não contavam com metodologias adequadas ao atendimento do público adolescente.

Ao chegar à VIJ em abril de 2006, chamou-nos a atenção o quadro supracitado, no qual, o Poder Judiciário autorizava o tratamento de adolescentes em instituições não adequadas às suas necessidades, visando, com isso, garantir o direito à saúde desta população. Assim, indagávamo-nos acerca das concepções presentes no tratamento a ser realizado nestas instituições, as quais eram voltadas para o público adulto.

Por outro lado, a dificuldade de encaminhamento destes mesmos adolescentes à rede de atendimento municipal reforçava essa carência de serviços expressa pelos usuários. Em 2001, o Diagnóstico da Infância e Juventude em Juiz de Fora já assinalava a existência de poucas ações voltadas para a drogadição na adolescência, mencionando apenas duas instituições públicas que realizavam esse tipo de atendimento no município: o Instituto de Saúde Mental e o Hospital de Toxicômanos.

Em 2007, ocorreu a instalação do Centro de Atenção Psicossocial Álcool/ drogas (CAPS AD-jf) no município. Tal setor, recém-inaugurado no contexto brasileiro, fazia parte da nova “Política Pública de Drogas”, consubstanciada na “Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas” (2004) do Ministério da Saúde. Esta política trazia a proposta de alterações quanto às concepções presentes no tratamento normalmente destinado aos usuários de drogas em geral, questionando as tradicionais práticas desenvolvidas até então.

No texto legal, a questão da adolescência foi assinalada, sem, no entanto, ser delineada concretamente. No caso juiz-de-forano, tínhamos expectativas quanto às possíveis alterações na política que viriam acompanhadas da instalação deste centro, além da proposta de atendimento da instituição aos adolescentes usuários de drogas.

Diante do quadro supracitado, assinalamos as questões que nos motivaram a desenvolver este estudo: a partir da instalação do CAPS AD-JF, o que mudaria na política de drogas municipal? Seria esta uma proposta realmente inovadora, baseada em concepções político-ideológicas diferenciadas? Em algum momento, o referido setor incluiria em sua metodologia as necessidades específicas do público adolescente? Era o que ansiávamos por descobrir.

Delimitamos como objeto de estudo: o CAPS AD e o atendimento dos adolescentes usuários de drogas ilícitas na comarca de Juiz de Fora. Assim, o estudo centrou-se neste novo setor, o qual se constituía em referência para os encaminhamentos realizados em nossa prática profissional. A relação dos adolescentes com a política de drogas foi delimitada a partir da inserção dos mesmos na VIJ, tendo em vista ser esta a última instância no trato da criança e do adolescente, cujos direitos estão sendo violados.

A partir de então, foram demarcados os objetivos gerais, a saber: 1) analisar as recentes alterações na política de drogas, com enfoque para a estratégia do CAPS AD; 2) compreender como vem se dando no âmbito desta política a interlocução drogas e adolescência; 3) contribuir para que sejam estabelecidas concretamente na política metodologias voltadas para o atendimento dos adolescentes usuários de drogas. Como objetivos específicos, destacamos: 1) conhecer a proposta do CAPS AD-JF; 2) analisar as concepções preponderantes no referido setor em sua recente instalação no município; 3) discutir a contribuição da instituição para o atendimento aos adolescentes usuários de drogas ilícitas na comarca de Juiz de Fora.

Fundamentamos nosso estudo na perspectiva de que a relação drogas e adolescência é um fenômeno complexo e contraditório, inserido no processo de produção e reprodução das relações sociais capitalistas. A adolescência é vista como uma fase peculiar da vida, situada entre a infância e a maturidade, estando sujeita aos apelos da ordem social nascida e vivenciada por seus sujeitos.

As drogas são analisadas a partir de sua inclusão na ordem capitalista na condição de “mercadoria”, a qual, para se transformar em capital, necessita de todo um aparato que envolve desde a preparação do “produto”, contratação dos “trabalhadores”, a “sedução do cliente” até a venda do “produto final”. Neste contexto, as legislações, os serviços e as

políticas figuram como elos integrantes deste mesmo sistema, configurando-se em respostas contraditórias que refletem a relevância da relação construída em torno da droga no cenário capitalista contemporâneo.

O estudo constituiu-se em dois momentos inter-relacionados. No primeiro, realizamos um estudo teórico da bibliografia pertinente, envolvendo questões tais como: adolescência, drogadição, legislação e política de drogas. Para isso, utilizamos as técnicas da pesquisa bibliográfica e documental. A pesquisa bibliográfica envolveu a análise de fontes primárias (que incluiu as legislações pertinentes e documentos específicos relacionados à temática) e secundárias (estudo teórico). A pesquisa documental se construiu em torno de publicações técnicas e notícias divulgadas acerca do assunto.

No segundo momento, voltamo-nos para a análise do CAPS AD-JF e o atendimento dos adolescentes usuários de drogas ilícitas na comarca de Juiz de Fora, ressaltando a adequação ou não desta política às necessidades do referido público. A aproximação com a realidade municipal se deu através de: 1) dados estatísticos atualizados em âmbito nacional, regional e municipal; 2) conclusões assinaladas nos capítulos 2 e 3; 3) informações publicadas em alguns artigos da mídia local (jornalística e internet) e documentação específica; 4) entrevista com a assistente social do CAPS AD-JF; e 5) entrevista realizada com os adolescentes usuários de drogas ilícitas atendidos pela VIJ/TJMG.

A entrevista realizada com a assistente social do CAPS AD-JF se deu através da aplicação de questionário semiaberto (formulário em anexo), visando conhecer a realidade da instituição, suas características gerais e as estratégias/planejamentos estabelecidos no atendimento ao público adolescente. Foi realizada no contexto institucional, o que possibilitou-nos conhecer a estrutura física do setor, sua disposição estrutural, além do espaço destinado aos procedimentos técnicos e equipamentos disponíveis.

No intuito de apreendermos o novo setor sob a perspectiva dos usuários, foi realizada entrevista com os adolescentes atendidos no mês de abril de 2010 pelos setores técnicos (Setor de Serviço Social e Psicologia e Setor de Ação Socioeducativa) da VIJ/TJMG, sendo abordados, no questionário semiestruturado (formulário em anexo), aspectos referentes ao perfil socioeconômico e familiar dos mesmos, sua relação com a rede de atendimento e a opinião quanto ao atendimento recebido no CAPS AD-JF.

Para isso, contamos com o apoio da Juíza em exercício, Dra Maria Cecília Golner Stephan, que autorizou a realização da pesquisa nas dependências da VIJ desde que a identidade dos adolescentes fosse preservada, não podendo estes ser identificados sequer pelas iniciais de seus nomes.

A definição do universo amostral se deu através de trabalho conjunto da pesquisadora com os profissionais de referência dos adolescentes na VIJ, sendo apresentado a estes últimos um perfil predefinido, no qual a relação adolescência e drogas configurou-se preferencialmente nas categorias “uso frequente⁶” e “uso pesado⁷”. Tal análise foi realizada pelo profissional de referência, que nos encaminhava os adolescentes selecionados que aceitassem participar da pesquisa após as explicações devidas. De um total de 31 adolescentes selecionados, dez foram entrevistados por nós, sendo uma das entrevistas desconsiderada pelo fato de o adolescente haver se mudado para Juiz de Fora recentemente (em 2009), tendo sido seu contato com a política de drogas referenciada no município de origem.

No que diz respeito à construção teórica, temos a assinalar que nossa caminhada rumo ao conhecimento não percorreu caminhos predeterminados, visto que não tínhamos uma experiência aprofundada no campo das drogas. Assim, cada descoberta parecia-nos algo extremamente novo. Essa trajetória, inicialmente, fez-nos galgar por um campo que tínhamos maior intimidade, o universo do sujeito de nossa pesquisa – o adolescente – sua forma de ser e viver a vida, perspectivas e anseios em relação ao mundo, aos amigos, à família e às drogas, entre outros.

No capítulo 2, abordamos as especificidades relativas a este público em sua forma de ser e viver a vida. A relação adolescência e drogas foi assinalada, porém de forma não obrigatória, não marginal, figurando como possibilidade a ser vivenciada (ou não) em virtude das características desta fase da vida, a qual merece especial atenção por parte da sociedade em geral e, especialmente, do poder público.

A questão da drogas também foi retratada nesse capítulo sob a ótica do contexto internacional, trazendo o trato político que a matéria recebeu ao longo do último século nos diversos países, com destaque para os Estados Unidos e a Europa. No final do século XX e início do XXI, figuravam duas tendências na política internacional que influenciaram diversos países (entre os quais o Brasil) na construção de suas políticas de drogas: a perspectiva estadunidense (representada pelo proibicionismo) e a perspectiva europeia (que tinha na redução de danos um de seus carros-chefe).

As influências destas perspectivas no contexto brasileiro foram abordadas no capítulo 3, sendo o conflito/a convivência contraditória entre ambas mais notório(a) na passagem do século XXI, quando houve relevante alteração nos rumos tomados pela política até então. Nesse capítulo, abordamos a questão das drogas no Brasil desde sua inserção no domínio

⁶ Quando a pessoa utilizou droga psicotrópica seis ou mais vezes nos 30 dias que antecederam a pesquisa.

⁷ Quando a pessoa utilizou droga psicotrópica 20 ou mais vezes nos 30 dias que antecederam a pesquisa.

estatal (com a normatização da matéria ainda no período imperial), até sua recente entrada no campo das políticas públicas no início do século XXI. O estudo do cenário brasileiro atual e suas alterações no âmbito sociopolítico e econômico foram importantes para compreendermos as particularidades desta questão na contemporaneidade.

No início do presente século, as transformações do cenário político (com a eleição e posse do presidente Luis Inácio da Silva – Lula) fizeram renascer, em parcela da sociedade, a esperança de mudanças concretas na política pública de uma forma geral (e também na política de drogas), as quais, no entanto, permaneceram aquém do esperado, tendo em vista configurações que extrapolam o contexto nacional, como, por exemplo, o avanço da perspectiva neoliberal. Tal fato foi observado no estudo particular da realidade do município de Juiz de Fora, sendo apontadas dificuldades relativas à implementação dos serviços e estratégias políticas no CAPS AD-JF devido a pouca disponibilidade de recursos físicos, humanos e financeiros.

No quarto capítulo desta dissertação, trazemos o estudo da realidade do CAPS AD-JF e a análise das entrevistas realizadas com a assistente social da instituição e os usuários do serviço. O estudo foi realizado de forma aproximada através de estatísticas oficiais referentes ao contexto nacional e regional que versavam acerca da relação adolescência e drogas. A realização das entrevistas foi de suma relevância para a compreensão dos aspectos referentes à particularidade da política de drogas juiz-de-forana, tendo em vista a dificuldade na busca por dados estatísticos atualizados de âmbito municipal, os quais eram poucos inclusive nas instituições que poderiam fornecê-los com propriedade (PREFEITURA, VIJ, UFJF). Por fim, trazemos as considerações finais de nosso estudo, que apontaram para os limites na mudança das concepções prevalecentes na política de drogas juiz-de-forana e a necessidade de se pensar o lugar do adolescente nesta mesma política.

2 – ADOLESCÊNCIA E USO DE DROGAS NA SOCIEDADE CAPITALISTA CONTEMPORÂNEA.

Em pesquisa sobre o significado do termo “adolescência” no dicionário Aurélio⁸ e na literatura especializada, observamos que não existe uma concordância em relação ao mesmo, prevalecendo como único elemento consensual o fato de esta etapa da vida ser considerada a “passagem de um estado reconhecido pela comunidade como infantil para um estado adulto” (NOGUEIRA FILHO, 1999, p. 90)⁹.

Pinsky e Bessa (2006) caracterizam a adolescência como sendo uma fase permeada por metamorfoses, rupturas, descobertas, aprendizados e, por isso mesmo, repleta de riscos, inseguranças e instabilidades. Esta etapa da vida envolve, também, mudanças na forma de ser, sentir e pensar a vida e abrange os mais diversos aspectos do cotidiano, tais como: modificações físico-biológicas próprias da puberdade, variações psicológicas, influência dos aspectos socioeconômicos mais gerais no dia a dia, os conflitos geracionais, o grupo de pares, influências da mídia e do consumismo, as pressões sociais, entre outros.

As alterações de ordem física e biológica denotam que o indivíduo já não pertence ao universo infantil, todavia, este mesmo ser ainda não adentrou a vida adulta. Estas transformações, caracterizadas por alterações de ordens orgânicas e hormonais, refletem no âmbito psicológico, influenciando no comportamento típico adolescente, caracterizado, dentre outros, pelo sentimento de insatisfação consigo mesmo, com o seu próprio corpo, com o exercício da sexualidade, a família, a escola, enfim, com o mundo que o cerca. Ocorre, naturalmente, neste contexto, uma busca pelo “novo”, em meio a descobertas e experiências, no intuito da autoafirmação e identificação (ou não) com o outro e/ ou com o mundo que o cerca.

Além das transformações de cunho biológico e psicológico, estes indivíduos em formação percebem que seu futuro ainda lhes é uma incógnita: da infância sem compromissos às exigências da vida adulta de uma maior independência e responsabilidade emocional e financeira (família, casamento, trabalho, entre outros). Em relação a isso, cabe ressaltar que, nos tempos atuais, tais exigências vêm se tornando cada vez mais difíceis de ser cumpridas se

⁸ Aurélio on line.

⁹ Na literatura especializada, sequer podemos estabelecer uma faixa etária consensualmente aceita como “adolescência”. Oliveira (1988), por exemplo, entende que o período em questão compreende a puberdade e o desenvolvimento completo do corpo, o que, em termos físico-biológicos, abarcaria dos 12 aos 21 anos para as meninas e dos 14 aos 25 anos para os meninos. Em nossa dissertação, utilizaremos os preceitos estabelecidos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), ou seja, são adolescentes os indivíduos com idade compreendida entre 12 e 18 anos incompletos, independentemente do sexo.

comparadas às gerações anteriores: provavelmente, os avós destes mesmos indivíduos se casaram, constituíram famílias, sem necessitarem de qualquer “formação profissional”.

Atualmente, os “requisitos” de ingresso na vida adulta são bem maiores, exigindo anos de estudo, cursos técnicos e/ou superiores, qualificações periódicas, etc., “prolongando” a fase de “preparação” e, conseqüentemente, aumentando a dependência destes indivíduos em relação às gerações anteriores, dando-lhes a “sensação de incapacidade” de adentrar na vida adulta.

Este “prolongamento” da adolescência é assinalado por Silva e Mattos (2006) como resultante das recentes mudanças socioeconômicas do cenário atual e tem implicado na responsabilização das famílias em relação ao provimento e formação de seus membros¹⁰, visto que o Estado contemporâneo não vem contribuindo efetivamente para a formação de cidadãos autônomos e independentes.

Tal situação torna-se ainda mais dramática nos países ditos “em desenvolvimento”, dentre os quais o Brasil, em que os crescentes níveis de desigualdade, aliados às recentes mudanças socioeconômicas e à inoperância estatal, têm configurado um quadro de desesperança em relação à inserção futura da referida população no mercado de trabalho. Rua (1998) aborda a questão da dificuldade de inserção qualificada da juventude na sociedade capitalista atual, apontando para uma limitação destes sujeitos em suas possibilidades de vivenciar esta fase da vida com a intensidade que a mesma requer, além de construir para si projetos de futuro em conformidade com suas expectativas.

Outro aspecto importante a ser considerado neste contexto é de ordem sociocultural, no qual a sociedade capitalista atual, influenciada pela lógica pós-modernista (caracterizada, entre outros, pela radicalização do individualismo e a exaltação dos apelos midiáticos e consumistas reinantes na contemporaneidade), vem repercutindo no comportamento do público jovem, entre os quais os adolescentes, criando bens e ideais “descartáveis”, passíveis de ser “trocados” velozmente conforme o novo padrão “da moda”, os quais, embora amplamente desejados e procurados, permanecem, por vezes, fora do “poder de compra” de grande parcela desta população, seja em decorrência dos altos custos deles advindos, seja em virtude da constante renovação destes bens e serviços.

Para Abramo (2004), o quadro resultante da conjuntura acima assinalada tem conformado no Brasil um contexto social crítico, com poucas possibilidades para a

¹⁰ Embora nem sempre as famílias estejam preparadas para arcar com tal ônus.

juventude¹¹ em geral, influenciando na forma de “ser” e “viver” desta população nas últimas décadas. O referido quadro, segundo a autora, trouxe alterações no comportamento social destes sujeitos, instaurando um clima de pessimismo e apatia diante da vida, caracterizado, na década de 80, por um estilo “espetacular” de ser, no qual as roupas, os adereços, o comportamento, entre outros, expressavam uma postura “negativa” desta população diante da vida.

Analisando o contexto socioeconômico vivenciado no país na década de 1990, Cassab¹² (2003) ressalta o acirramento da questão social em seu traço histórico de desigualdade, homogeneização da pobreza e elitização do Estado, que atinge com grande impacto o cotidiano das parcelas mais jovens da população. Neste contexto, a autora destaca o aumento do número de jovens envolvidos em situações de violência, o que fez com que esta população figurasse como objeto privilegiado das políticas sociais governamentais nos anos 90, tendo em vista o “temor” socialmente construído em torno da mesma.

A partir destas considerações iniciais, percebe-se que a experiência do sujeito adolescente com o mundo que o cerca certamente não é vivenciada sem conflitos, sendo o indivíduo, muitas vezes, percebido, principalmente pela sociedade dita “adulta”, como passível de episódios de rebeldia e agressividade. As particularidades desta faixa etária, a forma diferenciada de “viver a vida”, o questionamento às regras (havendo ainda certa recusa ante algumas normas socialmente definidas), fazem com que a adolescência seja vivenciada de maneira singular.

Neste contexto, o uso de drogas surge como “possibilidade”, concretizada a partir das experiências singulares destes sujeitos consigo mesmo e com o mundo que os cerca. Seu significado tende a assumir conotações diferenciadas, conforme a realidade vivenciada pelo indivíduo: desde uma simples curiosidade à “fuga à realidade” em virtude dos conflitos, além da pressão dos grupos de pares, do anseio por prazeres sem-limites, da busca por sentimentos de onipotência diante da vida que este uso traz, entre outras.

No que diz respeito às drogas, diversos autores¹³ concordam que, apesar de o uso destas substâncias ser antigüíssimo, a ponto de confundir-se com a própria gênese da humanidade, em nenhum outro contexto sócio-histórico que não o atual, tal consumo elevou-

¹¹ Alguns autores, dentre os quais, Abramo (1994) e Rua (1988), ao utilizarem o termo “juventude”, “jovem” e similares, o fazem de forma ampla, incluindo também a adolescência. Assim, também nós o faremos neste estudo quando tratarmos das transformações societárias mais gerais que atingem não só os adolescentes, mas também a população jovem em sua plenitude. O termo adolescência será utilizado por nós na abordagem específica desta população, seguindo os critérios anteriormente descritos (ECA).

¹² A autora utiliza em sua pesquisa a faixa etária de 15 a 24 anos como sendo a população “jovem”.

¹³ Entre os quais, Mesquita (2008) e Rodrigues (2004).

se tão consideravelmente, apresentando um caráter extremamente lucrativo (dado que seu comércio é ilegal e, portanto, sujeito a riscos, agregando maior valor à mercadoria) e ascendente.

Inicialmente, as substâncias conhecidas na atualidade como “drogas” eram consumidas com alguma liberdade, possuindo finalidades reconhecidas como médicas, recreativas ou religiosas. Nos tempos contemporâneos, no entanto, esse caráter inicial foi se diluindo paulatinamente, e as drogas se converteram em produtos comerciais altamente lucrativos.

Com a expansão do consumo, surgiram as primeiras regulações, visando à normatização da produção, distribuição e do consumo. A partir do século XIX, o desenvolvimento da indústria química contribuiu para o surgimento de novas substâncias, alavancando ainda mais o referido comércio, que iria receber, já neste século, as primeiras regulamentações de cunho proibicionista. Durante o século XX, tais legislações encontraram respaldo em diversos países, objetivando evitar a disseminação do consumo entre os mesmos. Entretanto, esse escopo da política proibicionista não obteve êxito e, nos dias atuais, concluiu-se pela frustração da mesma em virtude da expansão do consumo/comércio de drogas em todo o mundo, abrangendo os mais diversos públicos e classes sociais (entre os quais, a população jovem).

Neste sentido, tendo em vista a expansão do consumo/comércio de drogas na contemporaneidade, consideramos a relevância de se destacarem as particularidades do público adolescente em meio às demais populações (seja como usuário ou comerciante), tendo em vista as características específicas desta fase da vida anteriormente ressaltada (fase de descobertas, transformações físico-biológicas e psicológicas, construção da personalidade, da autoafirmação e da autonomia, entre outras) e as necessidades/responsabilidades socialmente construídas em torno deste público-alvo, que tornam relevante o estudo da relação adolescência e drogas em meio às transformações socioeconômicas e culturais desenvolvidas no cenário contemporâneo.

As assertivas supracitadas nos trazem a necessidade de esclarecer alguns pontos defendidos por nós neste trabalho no que diz respeito à relação adolescência e drogas: a) o uso de drogas está presente em todas as fases da vida, não sendo uma situação restrita ao universo adolescente; b) o uso de drogas pela população adolescente é vista por nós como uma possibilidade (podendo ou não ser vivenciada neste contexto) e não uma regra; c) ao dissertarmos acerca da adolescência e uso de drogas, neste trabalho, o fazemos, reconhecendo

este período da existência do ser em sua totalidade, sendo constituído por fatores de cunho físico-biológico, psicológico, socioeconômico, familiar, cultural, entre outros, interligados e conectados entre si. Dessa forma, acreditamos que a simples compreensão de aspectos isolados acriticamente e de forma desconectada da realidade não é suficiente para um estudo coerente da temática, além de trazer visões falsas e/ou parciais a respeito do assunto.

Neste capítulo, por uma questão de método, e ainda, com a pretensão de apenas contribuir com os estudos que vêm sendo realizados acerca da questão, ateremo-nos principalmente aos aspectos de ordem socioeconômica que influenciam no cotidiano da população jovem em sua relação com a droga, objetivando com isso dar visibilidade às necessidades sociais concretas desta população específica.

Entendemos que a ênfase no referido aspecto é determinante para se ter uma visão abrangente da questão¹⁴, principalmente em um país como o Brasil, onde as diferenças socioeconômicas se fazem tão exacerbadas. Concordamos ainda com Pinsky e Bessa (2004), quando os mesmos ressaltam a necessidade de a população jovem ser “amparada” por todo um aparato social e familiar, usando da metáfora da lagarta que, antes de se transformar em borboleta, necessita da “proteção” representada pelo casulo. Por outro lado, lembramos a necessidade do estabelecimento de políticas públicas que venham a atender não só aos adolescentes, mas também suas famílias, que, no referido contexto, vêm assumindo um papel adicional com o “prolongamento da adolescência”, e outras exigências concernentes aos ditos “tempos modernos”.

2.1 Do 2º pós-guerra aos dias atuais: as transformações socioeconômicas e culturais no mundo e a influência no cotidiano da população jovem

A partir do contexto esboçado anteriormente, cabe-nos refletir sobre como as recentes transformações societárias ocorridas em nível mundial vêm repercutindo no cotidiano da população jovem na contemporaneidade, trazendo responsabilidades/necessidades e influenciando no modo de vida desta população específica, configurando novas formas da

¹⁴ Basta lembrar a importância da exploração do referido aspecto para uma reflexão mais aprofundada da drogadição na atualidade. Podemos citar, por exemplo, a importância do comércio de drogas na sociedade capitalista contemporânea, tendo em vista que tal atividade, posto que ilícita, contribui para a circulação de grande quantidade de capital; e, ainda, a influência desta mesma sociedade na disponibilização de “trabalhadores” para este comércio, considerando o apelo consumista e o elevado nível de desemprego.

construção do “ser” e “viver” esta etapa da vida. No que tange à drogadição, é necessário refletir ainda sobre em que medida este mesmo contexto tem modificado (ou não) o comportamento desta população em sua relação com as drogas.

É sabido que a sociedade formada após a Segunda Guerra Mundial trouxe novidades para o mundo que então se reconstruía, entre as quais, uma nova modalidade de ação estatal – o Estado interventor –, a qual intervia na economia, ora diretamente (o Estado atua como empresário capitalista) ora indiretamente (o Estado desonera o capital de parte de suas despesas através de programas sociais realizados por agências estatais).

O sustentáculo teórico desta inovação foi a teoria Keynesiana que influenciou a gestão estatal durante as três décadas que se seguiram ao fim da Segunda Guerra mundial. Segundo Netto e Braz (2006), este período ficou conhecido como “três décadas gloriosas” ou “anos dourados”¹⁵, no qual o sistema capitalista apresentou resultados econômicos diferenciados que não mais se repetiram: as crises cíclicas, próprias do sistema capitalista, não foram suprimidas, no entanto, seus impactos foram amenizados pela intervenção do Estado e as taxas de crescimento foram significativas.

Estes fatos ocorreram num momento em que o capitalismo e a ordem burguesa vinham sendo amplamente questionados em nível internacional: a União Soviética e um conjunto de países que obtiveram vitória contra o fascismo uniram-se, dispondo de grande prestígio e poder. Tais países, naquele momento, estavam experimentando, através do “socialismo real”, a possibilidade de “ruptura” com o sistema capitalista vigente. Em grande parte dos países da Europa Nórdica e Ocidental, os movimentos operário e sindical e os partidos políticos ligados à classe trabalhadora conquistaram grande legitimidade, impondo limites ao poder dos monopólios. Por outro lado, houve o deslocamento do eixo imperialista dominante dos países Alemanha/Itália e Japão para a Europa e os Estados Unidos, sendo que este último se consagrou como líder do bloco imperialista dominante.

Assim sendo, neste período, nos países europeus, o Estado imperialista, com o escopo de combater o “sonho socialista” das massas, realizou intervenções na economia, modificando a gestão da força de trabalho, objetivando estabelecer com a classe trabalhadora um pacto social, no qual esta última “abriria mão” das ideologias “subversivas” e, em contrapartida, o Estado financiaria uma série de serviços públicos, visando à preservação e o controle desta mesma classe.

¹⁵ A Segunda Guerra Mundial iniciou-se em 1º de setembro de 1939, com a invasão da Polônia pela Alemanha e as subsequentes declarações de guerra da França e da Grã-Bretanha, prolongando-se até 2 de setembro de 1945. Assim, o período conhecido como “três décadas gloriosas” ou “anos dourados” compreende as décadas de 1950, 1960 e 1970.

Cabe ressaltar, ainda, a adequação desta “estratégia” ao interesse das empresas monopolistas as quais seriam “desoneradas” de parte dos ônus da preservação da força de trabalho, que passariam naquele momento a ser financiadas pela própria população via tributos recolhidos pelo Estado. Assim, Netto e Braz concluem que:

O empenho do Estado a serviço dos monopólios para legitimar-se é visível no seu reconhecimento dos direitos sociais [...]. A consequência desse reconhecimento, resultado da pressão dos trabalhadores, foi a consolidação das políticas sociais e a ampliação de sua abrangência, na configuração de um conjunto de instituições que dariam forma aos vários modelos de Estado de Bem-estar Social (*Welfare State*) (PAULO NETTO e BRAZ, 2006, p. 205-206).

De todas as transformações ocorridas no referido período, merecem especial atenção aquelas ocorridas na organização do trabalho. Ainda na fase “clássica” do imperialismo, destaca-se a Gerência Científica de Taylor, que muito se desenvolveu associada às adaptações realizadas por Henry Ford (o taylorismo-fordismo), que se tornou o padrão de produção industrial amplamente difundido durante o referido período. Foram características deste padrão produtivo: a produção *em massa* de mercadorias a partir de uma produção mais *homogeneizada e verticalizada*; a realização de grande parte da produção necessária dentro da própria indústria; o trabalho *parcelar e fragmentado*; a divisão entre elaboração e execução do trabalho; o racionamento das operações realizadas com a utilização da *esteira* dando o ritmo e o tempo necessários para a realização das tarefas, visando combater o “desperdício” através de uma linha “rígida” de produção, entre outros.

Segundo Netto e Braz (2006), três outros traços do imperialismo dos “anos dourados” se consolidaram neste período, são eles: *o crédito ao consumidor* (prática que, a partir de fins dos anos 40, irá se expandir, visando combater a tendência ao subconsumo de massa), *a inflação* (o Estado passa a emitir papel moeda em excesso para fazer frente aos gastos que ele não pode cumprir com o que arrecada) e o *enorme crescimento do setor terciário ou de serviços* (que inclui atividades das mais diversas, geralmente o trabalho improdutivo, com a tendência a mercantilizar os mais diversos setores da vida humana). Esse crescimento acelerado do setor terciário constitui-se em uma característica típica do capitalismo dos monopólios, que irá ocupar uma grande massa de trabalhadores nas mais diversas atividades.

Em meio às transformações sociopolíticas e econômicas supracitadas, não podemos deixar de fazer referência aos acontecimentos ocorridos no âmbito cultural que se delinearão por todo o século XX, atravessando o seguinte, e que, certamente, trouxeram sua parcela de

contribuição para o arcabouço ideológico das transformações societárias mais gerais ocorridas no referido período.

Entre os quais, citamos o advento do conceito de pós-modernidade¹⁶, o qual, surgido na década de 1930, alcançou notoriedade no final da década de 1970, com a publicação do livro *La condition postmodern* (A condição pós-moderna) de Jean-François Lyotard (1924-1998), que realizou a crítica dos princípios da modernidade¹⁷, tida pelo autor como uma “catástrofe evidente”. Em seu livro, Lyotard questiona a premissa moderna de que a sociedade vinha progredindo com rapidez desde o Iluminismo, assim como em termos de liberdade, igualdade e fraternidade. Assinala que a grande narrativa histórica impôs os valores iluministas em escala universal, criando um “esquema de valores” e uma “ética da modernidade” que “solapou a individualidade”. Tal perspectiva teórica se opunha aos modelos sociais de Estado e valores comunitários e solidários, dando credibilidade ao capitalismo consumista e ao individualismo. Desta forma,

Lyotard rejeita o Estado de bem-estar social, o qual alega constituir um grande avanço na solidariedade social, pois o indivíduo abandona a responsabilidade por seu próprio destino pessoal. Por força do Estado-nação e de seus muitos projetos de burocratização, a individualidade tornou-se uma casca vazia. Um princípio central da pós-modernidade de Lyotard é sua insistência na “diferença”. Ela requer pluralismo na escolha e ações individuais. A ética universalista elimina a legitimidade da diferença individual e do pluralismo (SHINN, 2008, p.51).

Segundo Wood (1999), o “fim da era moderna” foi apregoado ainda durante a Primeira Guerra Mundial por Oswald Spengler, em seu livro *A decadência do Ocidente*, que proclamava o afrouxamento dos valores dominantes na sociedade ocidental. No referido livro, o autor afirmava que os laços e tradições que mantinham coesas a sociedade ocidental estavam “apodrecendo”, desintegrando as “solidariedades da vida”, juntamente com a unidade de pensamento e cultura.

Contraditoriamente, o período de maior desenvolvimento da proposta pós-moderna foram “os anos dourados”, tendo em vista que houve uma “aposta” na vitória da harmonia

¹⁶ Cabe ressaltar que o uso do termo pós-modernismo não é consensual na sociologia, havendo, inclusive, divergências acerca da pertinência de sua utilização por alguns estudiosos. Apesar disso, na sociedade contemporânea, tem havido a banalização do termo, o qual, por vezes, vem assumindo significados diversos.

¹⁷ Segundo Lima (2006), a modernidade foi marcada, dentre outros, pela excessiva confiança na razão, nas grandes narrativas utópicas de transformação social e na de aplicação de teorias abstratas à realidade, visando à transformação social. A teoria pós-modernidade, ao contrário, trouxe a perda da historicidade, o fim das “grandes narrativas”, questionando a ciência como “fonte de verdade” e de transformação social. Questionava os valores sociais advindos do Iluminismo e predominantes até então.

social do capitalismo consumista em detrimento de ideologias alternativas. Tal perspectiva asseverava que os grandes esquemas explicativos (como, por exemplo, o socialismo) teriam caído em descrédito, não havendo mais "garantias" de que os mesmos trariam "melhorias" para a sociedade. Os indivíduos, segundo Wood (1999, p. 9), vivenciavam aquela aparente prosperidade como se fossem "robôs alegres", adaptados às condições dadas, sem questionamentos, em sua "ânsia de liberdade" ou sem "vontade de raciocinar". A aparente "tranquilidade" dos anos dourados originou uma geração de trabalhadores "conformada" e "adaptada" socialmente, influenciada pelos preceitos consumistas do capitalismo contemporâneo.

Em meados dos anos 70, o surto de prosperidade acabou, todavia, a referida herança intelectual ainda persiste como legado da pós-modernidade. Segundo Wood (1999),

Alguns pós-modernistas, na verdade, parecem mal ter notado o fim do grande surto de prosperidade, tão concentrados estão nos triunfos do capitalismo e nas alegrias do consumismo. Mas mesmo os mais sensíveis às realidades correntes têm suas raízes intelectuais fincadas naquele momento "áureo", com uma crença no triunfo do capitalismo que precedeu em muito a queda do comunismo. Assim, embora alguns membros da direita tenham proclamado o "fim da história" ou o triunfo final do capitalismo, alguns intelectuais da esquerda ainda repetem que uma época terminou, que estamos vivendo uma época "pós-moderna", que o "projeto do iluminismo" está morto, que todas as antigas verdades e ideologias perderam sua relevância, que os velhos princípios da racionalidade não mais se aplicam e assim por diante (WOOD, 1999, p.10).

Para além do aspecto político, o paradigma da pós-modernidade acarretou uma série de questionamentos em relação aos valores ocidentais até então aceitos consensualmente, entre os quais, as tradições familiares, os valores morais, a religiosidade, trazendo modelos de conduta centrados no capitalismo exacerbado, tais como: o individualismo, a felicidade a todo custo, o gozo pelo gozo, etc. e alterando as formas de ser e viver dos sujeitos em sua relação com o mundo.

Tal perspectiva perpassará todo este século, adentrando o século seguinte e, fortalecendo-se, na medida em que ganha espaço nos diversos setores da vida social. Nos tempos presentes, as influências desta perspectiva ideológica se fazem fortemente presentes, podendo ser observadas nos mais diversos aspectos da vida cotidiana e ditando formas de viver e pensar a vida nos âmbitos privado e coletivo. Encontra-se mais arraigada entre as populações mais jovens, que nasceram e cresceram sob sua égide, desenvolvendo pensamentos individualistas e menos atentos às grandes questões coletivas.

Abramo (1994), ao dissertar acerca da população jovem no referido período, o faz partindo do pressuposto de que é recente na história social o destaque dado a esta fase da vida, surgida como categoria, somente, com o advento da sociedade industrial (que criou a disjunção infância/maturidade), tornando necessário o estabelecimento de um segundo processo de socialização. Os pertencentes a essa parcela da população, ao ocupar esse espaço intermediário do amadurecimento, aparecem como indivíduos singulares, que constroem suas relações de maneira peculiar, visando marcar uma identidade distintiva em relação aos demais grupos etários.

Nos “anos dourados”, o protagonismo juvenil é destacado por Abramo (1994), que ressalta a participação dos jovens em meio aos demais movimentos sociais (movimento estudantil, contracultural, entre outros) no cenário político, questionando o “status quo” (alguns destes movimentos propunham o fim do próprio sistema capitalista, fortalecidos pela experiência socialista na URSS). Para a referida autora, neste contexto, a população jovem emerge como uma “nova classe social”, “revolucionária”, portadora de um “idealismo” que lhe é característico e cristalizando a “essência” da condição juvenil.

As diversas manifestações juvenis no referido período são percebidas pela autora como uma crítica ao modo de vida industrial/burguês e às recentes transformações ocorridas no mundo do trabalho (aliadas aos sentimentos de hipocrisia em relação valores aceitos socialmente e “ausência de sentido” do trabalho), manifestando-se em uma recusa de incorporação desse “novo” modo de vida. Esta crítica/recusa, segundo Abramo (1994), expressava-se, entre outros, pela busca de valores ligados à natureza e à comunidade (como, por exemplo, o movimento romântico dos *hippies* e o movimento estudantil alemão) pela construção de um modo de vida excêntrico, fora dos padrões dominantes, inspirados em culturas estrangeiras e em setores marginalizados da sociedade, pela aliança com setores dominantes ou discriminados (movimentos estudantis e políticos), etc.

Por outro lado, Abramo (1994) aponta que estas mesmas mudanças ocorridas no pós-guerra também contribuíram para a configuração desta “nova condição juvenil”¹⁸, visto que os benefícios do *Welfare State* trouxeram um período de afluência e incremento do consumo, cujas possibilidades foram ampliadas devido ao acesso às políticas públicas, à criação de novos bens e serviços e pelo crescimento da importância dos meios de comunicação. Assim,

¹⁸ A partir de Abramo (1994), entendemos como “condição juvenil” a possibilidade de o indivíduo “ser” e “viver” a juventude, envolvendo os mais diversos aspectos (econômico, social, cultural, etc.), o que, no período em questão, foi facilitado pela existência de um contexto sociopolítico, econômico e cultural favorável. O adjetivo “nova” refere-se às alterações ocorridas na forma de se vivenciar esta fase da vida em relação às gerações anteriores.

por exemplo, com a garantia do pleno-emprego, os pais destes jovens estavam inseridos no mercado de trabalho e também estes últimos (com a extensão da escolaridade obrigatória no referido período) iniciavam no mercado de trabalho mais cedo (com o término do ensino regular), aumentando a renda familiar e as possibilidades de consumo. E, ainda, com a valorização do tempo livre, vinculado à redução da jornada de trabalho, houve um incremento no acesso à diversificação de bens de entretenimento e cultura de massa, com o incentivo à criação e comercialização de bens voltados para a juventude.

Abramo (1994, p. 28) aponta, neste contexto, a afirmação de uma cultura juvenil específica, na qual o grupo de pares, o estilo, a música, a diversão eram tidos como elementos dominantes. Há a emergência de uma “cultura juvenil ampla e internacional”, ligada “ao tempo livre e ao lazer, à indústria cultural e aos meios de comunicação”, que abarcava novos padrões de comportamentos, espaços de diversão e atividades tipicamente juvenis. Abramo (1994, p.39) destaca, ainda, a partir da segunda metade dos anos de 1960, a existência de uma “ebulição juvenil” em dimensão internacional com a formação de comunidades *hippies*, o advento do psicodelismo, o “amor livre”, os movimentos estudantis, os festivais de música/rock (maio de 1968, Woodstock), entre outros, nos quais a juventude aparece como foco de contestação radical da ordem política, cultural e moral dominante.

Velho (1994), ao falar acerca do uso de drogas no referido contexto, aborda o movimento “contracultural” (ênfatisa os movimentos “*beat*”¹⁹ e “*hippie*”²⁰), ressaltando a influência deste “caldo” sobre o comportamento da juventude. O autor aponta que o uso de drogas no interior dos referidos movimentos era tido como uma “marca”, uma forma particular de se relacionar com o mundo.

Também Carvalho (2002) assinala o uso de drogas neste período como sendo legitimado por este contexto sociocultural, que trazia um significado “mágico”, “terapêutico”, “religioso” ao uso da substância (não que isso já não existisse antes). O referido autor cita ainda que, no entendimento dos usuários, as drogas, ao interferirem na percepção da realidade, contribuíam para a busca do “autoconhecimento” através de uma “expansão da consciência” (CARVALHO, 2002, p.11). Assim, as substâncias mais utilizadas no referido

¹⁹ Segundo o autor, o movimento *beat* teve um impacto no campo das artes e foi precursor de um movimento que mobilizou jovens norte-americanos, difundindo-se, posteriormente, por todo o mundo, principalmente pelos jovens da Europa e da América Latina. Defendia valores, tais como: a liberdade individual associada a causas sociais de diversos tipos, exaltação da sexualidade, crítica às autoridades familiares e estatais, ao consumismo vulgar, entre outros, propondo uma crítica radical à sociedade vigente.

²⁰ O autor, ao falar do movimento hippie em suas diversas linhas, enfatizou o questionamento em relação aos valores socialmente aceitos, ressaltando o pacifismo como uma de suas principais bandeiras, enquanto uma reação à Guerra do Vietnã.

período eram as alucinógenas, entre as quais, a maconha, o haxixe e derivados e, em menor escala, o LSD, cogumelos e outras²¹.

Abramo (1994), ao falar acerca da drogadição entre a população jovem no período de 1945-70, o faz relacionando-a com a conjuntura supracitada, todavia, a temática da drogadição não ganha destaque no texto da autora, sendo tão somente apontada como um “elemento acessório”, ligado, sobretudo, às atividades de lazer e recreação. A preocupação em relação à juventude no referido período, segundo a autora, dá-se, principalmente, a partir da grande temática do conflito geracional, que assume novos contornos em meio à visibilidade deste grupo social com especial capacidade de mobilização e assimilação de novos valores, culturas e comportamentos sociais. Os enfoques são variados: ora remetendo-se aos setores médios e aos movimentos sociais (principalmente o movimento estudantil), ora enfatizando os setores “marginalizados” de baixa renda. Assim, os conflitos juvenis são percebidos como derivados das rupturas dos padrões adultocêntricos, em que os jovens aparecem na qualidade de “geradores de conflitos”. É dentro desta perspectiva que a questão da drogadição entre a referida população é abordada pela autora.

A fase dos “anos dourados” foi breve (durou cerca de 30 anos), vindo o capitalismo a passar por uma série de novas transformações e sofrer profunda “crise”²² na passagem dos anos 1960 aos 1970 do século XX, originando a terceira fase do estágio imperialista do capitalismo, conhecida por capitalismo contemporâneo, a qual permanece até os dias atuais. Ao final dos “anos dourados”, podemos destacar, no que tange à organização do mundo do trabalho, a crescente insatisfação da nova geração de trabalhadores em relação aos padrões de organização de trabalho vigentes, havendo assim um amplo questionamento do taylorismo-fordismo, além do aumento das lutas sindicais, sobretudo nos países centrais.

A crise que levou ao fim dos anos dourados foi sobremodo profunda, ocasionando modificações de natureza econômica, social, política e cultural no cenário mundial, que geraram um conjunto de respostas por parte do grande capital e que vêm impactando de forma surpreendente Estados e nações. Destaca-se, neste período, a consolidação da *mundialização*

²¹ Vide anexo sobre os tipos e classificação das drogas.

²² Mandel (2009), ao falar das “crises” do sistema capitalista de uma forma geral, afirma que entre elas há características fundamentais e estruturais comuns, embora estas não sejam idênticas entre si. Dentre estas características, o autor cita os longos ciclos de expansão e depressão. “Esta combinação entre ciclo industrial clássico e onda longa depressiva tem consequências consideráveis sobre a evolução econômica a médio e longo prazo. Tem consequências igualmente importantes no plano social e político”. Desta forma, Mandel (2009), ao desvendar a natureza das crises do capital, supera a tendência dos economistas tradicionais de articularem as crises a possíveis “detonadores imediatos”, que, em geral, são catalizadores da depressão e não causa dela. Em nosso estudo, compartilharemos do entendimento de Mandel, que considera as “crises” como inerentes ao sistema capitalista de produção, ocorrendo em determinados contextos socioeconômicos e em conformidade com os ciclos de expansão e depressão do capital.

do capital com ênfase no capital financeiro. Este conjunto de respostas estabelecidas pelo capital, em conformidade com seus preceitos e com o apoio dos países imperialistas dominantes, objetivando conter a crise então reinante, tem sido apresentado, de um modo geral, como sendo a única possibilidade viável, consagrando o modelo capitalista nele representado.

Tais respostas, arquitetadas e fomentadas em nível mundial pelo grande capital, chamam-se neoliberalismo, sendo as mesmas constituídas por um sistema ideológico construído com o intuito de romper com as mais diversas barreiras (sociopolíticas, econômicas, ou qualquer outra) que figurem como oponentes ao livre desenvolvimento do capitalismo dos monopólios. Trata-se de uma reação teórica e política frenética ao Estado Intervencionista e de bem-estar que figurou nos anos anteriores, sendo este último considerado um Estado “inchado”, em contraposição ao “Estado Mínimo” desejado, que será o arcabouço ideológico de sustentação das transformações que darão seus passos iniciais a partir de meados dos anos 70. Cabe destacar, todavia, que o fortalecimento desta corrente ideológica dar-se-á, principalmente, após a derrota em nível mundial da experiência do “socialismo real”²³.

Paralelo a isso, se observa, já em meados de 1975-1976, o advento de uma recessão generalizada, que assolou praticamente todas as grandes nações imperialistas, colocando um fim à ilusão dos “anos dourados”. Nesta conjuntura, o capitalismo buscava desenvolver, dentro da perspectiva ideológica assinalada, estratégias políticas em nível global que lhes fossem favoráveis. A primeira estratégia estabelecida foi o ataque ao movimento sindical, um dos suportes do *Welfare State*, justificando ter sido este um dos responsáveis pela presente crise, ao favorecer as lutas sindicais com suas reivindicações permanentes, além do crescente gasto público realizado pelo Estado em favor das classes menos favorecidas (políticas sociais, legislações sociais, entre outros).

Simultaneamente, começam a ser introduzidas alterações na modalidade de acumulação “rígida”, característica do padrão taylorista-fordista consolidado nos “anos dourados”, instaurando um novo modelo de acumulação alcunhado de “flexível”. Este novo modelo, que “se apoia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho,

²³ O socialismo real é aquele realmente existente e praticado ainda nos dias de hoje com algumas restrições em um reduzido número de países, tais como: Cuba, Coreia do Norte e China. No século XX, todavia, o referido regime atraía tamanha influência que dividiu o mundo em dois blocos: capitalista (liderado pelos EUA) e socialista (liderado pela União Soviética – URSS), originando entre os referidos países uma “guerra fria” por disputa de poder e influência política, econômica e ideológica entre os demais países. O fim da guerra fria se deu com a queda de alguns países socialistas, entre os quais, a URSS. Seu ponto culminante foi a queda do muro de Berlim em 9 de novembro de 1989.

produtos e padrões de consumo” (NETTO e BRAZ, 2006, p.215), originará relações de produção e de trabalho inteiramente novas, as quais darão a tônica do capitalismo contemporâneo.

À base desta flexibilidade, se opera a *reestruturação produtiva*, na qual a produção “rígida” é substituída por um novo tipo de produção, voltado para as especificidades do mercado em que os aspectos individuais, culturais e regionais passarão a ser amplamente valorizados. Por outro lado, o capital buscará a *desterritorialização da produção*, em que suas fábricas (completas ou desmembradas) serão deslocadas para novos espaços territoriais (geralmente áreas subdesenvolvidas), nas quais a exploração da força de trabalho dar-se-á de maneira mais intensa, devido a aspectos tais como: o baixo preço da força de trabalho, a não tradição de um sindicalismo combativo e/ou a precariedade da legislação trabalhista nacional. Outro fator de suma relevância para a reestruturação produtiva é a incorporação de novas tecnologias e avanços científicos ao processo de trabalho (a chamada “terceira revolução industrial”), responsável pela enorme redução da demanda do trabalho vivo.

Segundo Braz e Netto (2006, p.218), “todas as transformações implementadas pelo capital têm como objetivo reverter a taxa de lucro e criar condições renovadas para a exploração da força de trabalho”. Além disso, estas têm trazido importantes implicações para o mundo do trabalho, entre as quais, os referidos autores destacam três. A primeira delas se refere à *expansão das fronteiras do trabalhador coletivo*, dadas a ampliação e a complexificação das operações e atividades intelectuais que passariam a ser exigidas deste trabalhador. A segunda refere-se às exigências de *qualificação e polivalência* dos trabalhadores, necessárias, principalmente, para se manter a “segurança” do emprego. A este respeito, destaca-se a tendência à precarização do trabalho, que, substituindo a retórica do “pleno emprego”, irá manter apenas um pequeno núcleo de trabalhadores (qualificados e polivalentes) que disporá de segurança no trabalho e direitos trabalhistas; ao passo que relações trabalhistas “precárias” serão incentivadas, como, por exemplo: o trabalho parcial, temporário, subcontratado, terceirizado, etc. A terceira implicação refere-se ao controle da força de trabalho, que, diferentemente do despotismo fabril dos tempos do taylorismo-fordismo, dar-se-á a partir do “envolvimento”, “participação” e da “colaboração” do trabalhador.

É neste contexto que o toyotismo ganha destaque nas relações de trabalho, enfatizando grandemente o “sindicalismo de empresa” (ou “de resultados”). Assim, o capitalismo se empenha na destruição da consciência de classe do trabalhador, procurando substituir o caráter conflituoso da relação capital/ trabalho pelo “consenso” nas relações trabalhistas.

As consequências destas ações têm sido fortemente sentidas pelos trabalhadores em nível mundial, que têm perdido, através da desregulação das relações de trabalho, os seus direitos trabalhistas conquistados ao longo de décadas de lutas sociais e que tiveram sua expressão maior durante o período do *Welfare State*. Paralelo a isso, tem-se observado que a estratégia capitalista tem impactado fortemente a classe trabalhadora, principalmente no que diz respeito a sua resistência diante das transformações ocorridas, sendo ressaltadas pelos cientistas políticos questões, tais como: a crise do movimento sindical e a redução do operariado industrial.

Torna-se necessário salientar ainda uma outra característica do capitalismo contemporâneo, ressaltada por Netto e Braz (2006), que tem se destacado nos últimos tempos: trata-se da exponenciação da “questão social”, a qual, além de naturalizada pelas classes dominantes, vem sendo combatida através da repressão generalizada, com pouca ênfase sobre elementos de consenso social, principalmente com a tendência à desresponsabilização do Estado no que tange ao trato do “social”.

As transformações ocorridas no mundo do trabalho certamente têm contribuído ainda mais para agravar este contexto, principalmente se considerarmos as explosivas taxas de desemprego estrutural, a crescente precariedade das relações de trabalho, a eliminação de inúmeras profissões decorrentes do incremento de tecnologia, entre outros. São milhões de pessoas que não têm mais serventia para este sistema e que se veem excluídas ainda, em muitos casos, dos sistemas de proteção social (devido às premissas neoliberais de focalização e seletividade dos programas sociais nos grupos de maior risco e vulnerabilidade), permanecendo à mercê da família, da solidariedade humana ou, até mesmo, da marginalidade.

No que diz respeito à juventude, as transformações societárias ocorridas no período em questão acarretaram alterações significativas nas condições de vida da referida população e de suas famílias. Iniciaremos nossa reflexão a partir das mudanças ocorridas no mundo do trabalho. Se, nos “anos dourados”, havia a premissa do pleno-emprego para os pais destes jovens e também para estes últimos ao final do ensino regular, nos anos de 1980, tal situação muda, principalmente com a reestruturação produtiva, sendo exigido dos trabalhadores qualificação técnica para o exercício profissional.

Os pais destes jovens, caso consigam manter o emprego e alcançar a aposentadoria, terão, ao menos, uma renda fixa mensal garantida, resquício da garantia do pleno-emprego aliada ao sistema de seguro/Previdência Social do modelo de desenvolvimento anterior; os jovens, todavia, deverão enfrentar as enormes dificuldades exigidas na contemporaneidade para uma inserção (e permanência) bem-sucedida no mercado de trabalho, aumentando o

tempo dedicado à “preparação” para a entrada na vida adulta através de cursos universitários, cursos técnicos, aprendizagem de línguas, informática, entre outros.

Cabe ressaltar, no entanto, que essa “preparação prolongada” nem sempre é trilhada por parcelas expressivas da população jovem, principalmente nos países pobres, em que esta população, muitas vezes, não dispõe de recursos para dar prosseguimento aos estudos, além da necessidade imperante de se conseguir dinheiro para a manutenção de sua própria sobrevivência e de sua família²⁴.

Assim, estes indivíduos, desqualificados e inabilitados de acordo com os ditames da nova ordem mundial, irão se aventurar no mercado de trabalho, todavia, enfrentarão as atuais “regras” trabalhistas, com suas relações de trabalho precárias, baixa remuneração, alta rotatividade no emprego, quando não, a situações de desemprego permanente. Estes acontecimentos, muitas vezes, têm prolongado a “adolescência”, fazendo com que estes jovens, sem condições de se realizar profissionalmente, permaneçam excluídos socialmente e/ou dependentes do auxílio da família, a qual vem tendo diminuída, cada dia mais, sua capacidade de prover o cuidado informal dos seus membros, delegando esta função a terceiros.

Rua (1998), dissertando acerca da dificuldade de inserção social da juventude nos países pobres na contemporaneidade, fala de uma situação de “exclusão juvenil” a qual, segundo ela,

decorre de um conjunto de razões, dentre as quais certamente se destacam a inadequação da educação oferecida aos jovens diante das novas exigências do mundo atual e as elevadas taxas de desemprego e subemprego juvenil, as quais, em quase todos os países, sobretudo da América Latina, duplicam e até triplicam as correspondentes dos adultos e, o que é pior, não têm demonstrado tendência à queda, inclusive em contextos de crescimento econômico e diminuição do desemprego global (RUA, 1998, p.428).

A referida autora lembra ainda que a dificuldade no acesso ao trabalho se agrava proporcionalmente à deficiência escolar do jovem, transformando-se, na maioria dos casos, em uma “exclusão estendida”, visto que, quem não possui emprego, não possui rendimentos

²⁴ Cabe-nos lembrar ainda que, nos últimos anos, em nosso país, a qualificação profissional, embora contribua para uma melhor inserção profissional, não tem se constituído em garantia de empregabilidade. Basta lembrar da existência de desempregados com nível superior e/ou qualificação técnica: o Jornal “Folha de São Paulo” do dia 16/10/2003 divulgou uma matéria sobre o estudo “O ciclo da financeirização e a nova polarização social” da Secretaria do Desenvolvimento, Trabalho e Solidariedade, do município de São Paulo, que apontou um aumento de 120% no número de desempregados com nível superior nos últimos dez anos. (vide versão digital http://www2.uol.com.br/aprendiz/n_noticias/ensino_superior/id161003.htm#1).

próprios e, conseqüentemente, não possui condições de vivenciar sua própria juventude, além de elaborar para si projetos de futuro.

O quadro social acima descrito e delineado com maior clareza nos países pobres tem trazido cada vez mais a necessidade de benefícios e serviços sociais, visando à inserção qualificada destes jovens na sociedade; todavia, a resposta prevista pelo atual modelo neoliberal é justamente o contrário: o corte dos gastos destinados às causas sociais e a minimização das funções do Estado, fazendo com que haja o privilegiamento de ações “focalizadas”, “pontuais”, “descentralizadas” e “precárias” na configuração das políticas sociais públicas.

Tal assertiva nos faz refletir acerca do agravamento do contexto sociopolítico e econômico nos países com elevados níveis de populações “desassistidas” e marginalizadas socialmente, beirando a uma barbárie social. É neste cenário de desesperança, desmotivação e total erosão da autoestima que também se desenvolvem, entre a população juvenil, situações de violência e criminalidade, que, por vezes, encontram na falta de oportunidades o terreno fértil para o seu desenvolvimento.

Abramo (1994), ao dissertar acerca da juventude dos dias atuais, estabelece um paralelo em relação às gerações anteriores, ressaltando que a juventude da década de 1960, por vezes, é tida pelo senso comum e por parcela da comunidade científica como sendo “modelo ideal” da condição juvenil, “portadora de utopias e projetos de transformação”, enquanto que a geração atual é retratada em seu “traço de negatividade”, diante de seu alheamento às questões de âmbito social e da ausência de capacidade reflexiva acerca de sua condição juvenil.

Cabe questionar: em que as transformações societárias recentes contribuíram para esta mudança na postura da juventude em relação à vida? Certamente que tais transformações, vistas de maneira isolada, por si só não são suficientes para uma explicação ampla desta questão, todavia, nela encontramos algumas pistas para a compreensão da alteração no comportamento juvenil no contexto atual. Lembremos que, nos “anos dourados”, havia toda uma atmosfera de profundas mudanças sociais impulsionadas pelo advento da experiência socialista no leste europeu com a mobilização de movimentos sociais de diversas naturezas, contando com ampla participação juvenil.

Todavia, em fins da década de 1980, ainda no contexto da Guerra Fria, tem-se a queda do chamado “socialismo real” e, com isso, o fim da possibilidade de construção de uma sociedade igualitária, construída sob bases diversas da capitalista, o que veio abalar de forma contundente o ideário dos diversos movimentos sociais. Quanto ao referido período, Abramo

(1994) afirma que deixaram de ocorrer os grandes acontecimentos envolvendo grupos juvenis e o cenário mundial aparece marcado por uma grande fragmentação: o movimento estudantil, por exemplo, perde a dimensão e a importância anteriormente alcançada nos diversos países do mundo.

A partir daí, o “pacto de classes”, estabelecido sob o “terror” da Revolução Socialista, chega ao fim, podendo-se concluir que a derrota do socialismo real acabou por se constituir em uma importante conquista para a luta ideológica do neoliberalismo em nível mundial. Com o aprofundamento deste novo modelo político-ideológico em conformidade com o sistema capitalista reinante, tem-se a configuração do quadro sociopolítico e econômico descrito anteriormente, marcado por situações de incertezas e inseguranças em relação ao futuro dos diversos grupos sociais, entre os quais, a juventude.

Dentro deste novo cenário, Abramo (1994) vê a juventude dos anos 1980 como sendo marcada por uma postura de desesperança em relação ao futuro, tendo em vista sua incapacidade de formular para si saídas inovadoras de transformação social, permanecendo então no “pragmatismo”, no “hedonismo” e indiferente às questões coletivas e históricas de sua época.

A vida adulta é delineada por esta geração como sendo repleta de sacrifícios e com poucas gratificações, da qual eles querem fugir, seja para um maior aproveitamento da liberdade ou simplesmente para gozar a vida. A referida autora, ao dissertar acerca do uso de drogas pela juventude no período em questão, o faz dentro desta conjuntura de falta de esperança e perspectivas em relação ao futuro e busca pelo prazer a qualquer custo, constituindo-se em uma “saída”, “fuga” de uma realidade massacrante, triste e sem perspectivas. Estes sujeitos (principalmente os “pobres”) se veem incapacitados de viver a sua própria juventude, além de não conseguirem vislumbrar para si possibilidades reais de uma vida satisfatória num futuro próximo.

Rua (1998), falando acerca do contexto supracitado, enfatiza que as consequências de todo este quadro sociopolítico e econômico, envolvendo a juventude, vão muito além dos prejuízos relacionados à questão do emprego e/ou criminalidade, comprometendo, inclusive, o futuro de vários países. Isso porque, para a referida autora,

o jovem é um ator privilegiado no processo de desenvolvimento, pois só ele é capaz de decifrar os novos códigos e conteúdos que estão emergindo no atual modelo de sociedade, que esperamos consiga minar o imobilismo e o conservadorismo que persistem em nossas sociedades, bem como a pobreza e a violência que sonhamos erradicar (RUA, 1998, p. 428).

Assim, a autora conclui, alertando que o pouco valor dado às questões da juventude na contemporaneidade tem sido prejudicial ao desenvolvimento das nações, considerando a relevância política e social desta população específica para a construção de novas respostas/soluções aos anseios mais gerais da sociedade.

2.2 - Drogas no contexto internacional

O estudo da relação adolescência e drogas, das transformações socioeconômicas e culturais ocorridas em nível mundial nas últimas décadas do século XX e início do século XXI e dos reflexos deste contexto nas condições de vida da população jovem – com destaque para a população dos países pobres (entre eles, o Brasil) – faz-se relevante para se compreender a necessidade da adoção de políticas sociais públicas voltadas para a juventude. No que diz respeito às mesmas, aquelas relacionadas especificamente à questão das drogas não foram privilegiadas em nosso país até meados dos anos 1990. No presente item que se inicia, procuraremos conhecer a constituição e desenvolvimento da política antidrogas nos Estados Unidos da América (EUA) e suas influências nas legislações de vários países do mundo, com destaque para o caso brasileiro.

Segundo Rodrigues (2004), as primeiras regulamentações de cunho proibicionista referentes às drogas tiveram início nos EUA ainda no século XIX, devido ao desenvolvimento da indústria química, que alavancou ainda mais este comércio, ao contribuir para o surgimento de novas substâncias. Posteriormente, tais regulamentações seriam expandidas para outros países do mundo através da política externa norte-americana (FIORE, 2005, p. 257). Este fato se deu neste século, sobretudo devido a uma série de desdobramentos e impactos sociais advindos da popularização das drogas, tais como: relatos de *overdose*, complicações de saúde e o desmantelamento dos hábitos sociais tradicionalmente instituídos. Com isso, tais substâncias passaram a ser vistas como uma “questão de saúde” a ser solucionada por meio de políticas públicas, considerando a expansão das práticas sanitaristas e o advento do conceito de Saúde Pública.

O século XIX trouxe em si a expansão do comércio de drogas, as consequências do uso imoderado destas substâncias e as propostas iniciais para se discutir a questão. Ao falar

acerca dos pensamentos existentes na sociedade ocidental em matéria de drogas, Ribeiro e Ribeiro (2006) destacam o proibicionismo²⁵ como ideologia prevalecente no referido século e no vindouro. Segundo os autores, a preponderância da referida teoria se deu a partir de um conjunto de fatores, com ênfase no aspecto moral, os quais contribuíram para “a criação de um movimento que entendia a proibição do consumo das substâncias psicoativas como a melhor política para sanar os prejuízos clínicos, psicológicos e sociais dele derivados” (RIBEIRO e RIBEIRO 2006, s/p).

O aspecto moral estava ligado principalmente ao pensamento cristão, que condenava o consumo de plantas psicoativas, sobretudo nos rituais pagãos. No meio científico, temia-se que a obtenção de princípios ativos cada vez mais potentes pudesse aumentar os danos físicos e complicações ocorridas aos usuários. A nascente psiquiatria contemporânea também condenava o consumo de drogas, identificando nas substâncias propriedades capazes de levar seu consumidor à degradação moral e ao vício (dependência).

Outro pensamento que, de certa forma, sempre esteve presente no imaginário ocidental no período em questão referia-se à ideia de que o consumo de drogas “*demonizava e induzia seus usuários à violência*” (RIBEIRO e RIBEIRO 2006, s/p). Assim, na sociedade industrializada do século XIX, associava-se o uso dessas substâncias às classes pobres e excluídas socialmente (proletários, imigrantes, negros), que se destacavam no contexto social por suas manifestações públicas violentas. Nesse sentido, apontava-se a necessidade de se reforçar os aparatos assistenciais e repressivos paralelamente às estratégias de saúde pública, visando solucionar a questão.

De certa forma, a proibição do consumo de drogas como estratégia de saúde pública estava definida em praticamente todas as nações no século XIX. Todavia, foi nos Estados Unidos que esta tendência alcançou um corpo teórico e político definido, fazendo com que este país fosse considerado o principal defensor do proibicionismo em nível mundial. A origem da ideologia proibicionista se deu inicialmente no Estado de Ohio, a partir de uma aliança entre as igrejas locais (católicas e protestantes). O objetivo inicial era o fim do comércio do álcool, considerado pelos defensores do movimento como grande responsável pela degradação moral e física de parcela considerável da população norte-americana. Posteriormente, esse pensamento adaptou-se aos variados contextos, incorporando as novas substâncias que iam surgindo e sendo consideradas como “drogas”.

²⁵ Segundo o Dicionário Aurélio on line: proibicionismo – s.m. Sistema econômico que preconiza a proibição de certos produtos, de certas importações etc. / Nos Estados Unidos da América, interdição das bebidas alcoólicas entre 1919 e 1933.

A partir da segunda metade do século XIX, a mentalidade proibicionista expandiu-se pelos vários campos da sociedade civil estadunidense, consolidando-se internamente. Em nível mundial, os EUA buscavam a expansão da referida doutrina através de sua Política de Segurança Nacional e da influência que iam conquistando no contexto internacional. Nas décadas seguintes, a perspectiva norte-americana em matéria de drogas reinaria de forma soberana entre as nações, reforçada por acordos e conferências internacionais. Somente em meados dos anos 70 do presente século, uma nova perspectiva em matéria de drogas, oriunda dos países europeus, passaria a ganhar destaque no contexto internacional, ameaçando a hegemonia anteriormente estabelecida pelo país norte-americano.

Em nosso estudo, abordaremos inicialmente a política proibicionista norte-americana dada a sua importância no contexto internacional e a influência nas políticas de drogas latino-americana. Consideramos relevante realizar um pequeno resgate histórico desta perspectiva tendo em vista que a mesma esteve presente quase que exclusivamente na política brasileira de drogas até meados dos anos de 1980. Acreditamos ainda que o referido estudo auxiliar-nos-á em nossas conclusões acerca das perspectivas presentes nas políticas públicas em matéria de drogas direcionadas ao público adolescente.

2.2.1 – Política antidrogas norte-americana: o advento do proibicionismo e sua influência nos países latino-americanos

Segundo Rodrigues (2004), a passagem do uso de drogas de uma questão particular-privada para o âmbito político-estatal se deu a partir de uma conjunção de fatores de naturezas políticas, sociais, religiosas, econômicas e morais, resultantes das forças internas dos EUA e ainda pela emergência deste país como potência mundial. Ocorreria, neste contexto, o desenvolvimento interno das políticas de controle social através da configuração da “guerra às drogas”, que, posteriormente, seria expandida para outros países, principalmente os latino-americanos, através da política externa norte-americana.

A referida política teve início em 1823 com o presidente James Monroe, o qual declarou que os EUA defenderiam o Continente Americano de qualquer pretensão neocolonialista por parte da Santa Aliança²⁶, apregoando a futura intervenção deste país sob

²⁶ As monarquias restauradas depois da derrota de Napoleão em 1823.

outros continentes sob o pretexto de “proteção” e “defesa” dos mesmos. Surge assim a ideia da Segurança Nacional com a extrapolação do combate às drogas do plano doméstico para o político-estatal, além do “controle externo” sobre outros países, que daria a tônica da intervenção político-estratégica dos EUA na América Latina nos anos de 1980.

Conforme mencionado anteriormente, no século XIX houve um grande desenvolvimento da indústria química e com ela o incremento das substâncias propiciadoras dos princípios ativos de inúmeras drogas. Rodrigues (2004) relata que, neste contexto, tanto nos EUA quanto na Europa, ocorreu um grande entusiasmo pelas drogas: os opiáceos e o haxixe inspiraram obras clássicas de autores como Edgard Allan Poe, Baudelaire e Gautier; a Coca-Cola e o Vinho Mariani, que continham em sua fórmula a cocaína, tornaram-se bebidas muito apreciadas; a automedicação era uma realidade para o cidadão norte-americano e os remédios contendo opiáceos, estimulantes vegetais ou sintéticos eram vendidos livremente em farmácias e boticas daquele país.

Na segunda metade do século XIX, no entanto, houve o nascimento de movimentos religiosos puritanos que visavam combater tudo o que contrastasse com a moral protestante, entre os quais o uso de drogas²⁷, tido como prejudicial à moral e associado à prática da luxúria. O principal alvo destes movimentos era o álcool. Houve, neste período, a fundação de diversos partidos e movimentos moralistas e proibicionistas, que ganharam força em nível nacional, resultando no crescimento da bancada proibicionista no Congresso Nacional norte-americano²⁸. Com isso foi criada a *Anti-Saloon League*²⁹, que concentrou tais movimentos, ganhando vulto nos primeiros anos do século XX. Os primeiros passos da referida *League* (liga) deram-se durante o Governo Roosevelt, que, no plano internacional, começou a projetar os EUA como potência econômica e militar, principalmente a partir da política do *Big Stick*³⁰.

Rodrigues (2004) ensina que a primeira proposta de interdição do álcool nos EUA foi fruto de uma campanha promovida por um médico e congressista de renome na Pensilvânia, Dr. Benjamin Rush (1745-1813), o qual, a partir da publicação de seu panfleto “*Inquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind*”, que tratava dos efeitos do álcool sobre a vida pessoal e familiar, alcançou grande repercussão nos meios políticos nacionais. Apesar do prestígio político e da insistência do Dr. Benjamin e seus partidários em relação à

²⁷ Neste contexto, entende-se por drogas todas as substâncias que causassem alterações na capacidade sensorial humana, com exceção do café, a “bebida da sobriedade”.

²⁸ Também ressaltado por FIORI (2005).

²⁹ Os “saloons” referiam-se ao comércio de álcool que crescia rapidamente nos Estados Unidos. Sob o *slogam* “ao badalar dos sinos das igrejas, os *sallons* devem partir”, as Igrejas de Ohio protestavam contra o álcool.

³⁰ A política do *big stick* lançada por Roosevelt baseava-se na intervenção direta das Forças Armadas norte-americanas em qualquer ponto dos países sob sua órbita no momento em que este país julgasse necessário.

proibição do álcool, tais esforços permaneceram inicialmente isolados, não havendo, até meados de 1906, qualquer controle estatal sobre o comércio e consumo de drogas, ocasião em que houve a aprovação da *Food and Drug Act*³¹.

A referida legislação propunha normas para a produção e comercialização de alimentos e drogas, estabelecendo o controle de produtos adulterados e perigosos à saúde da população norte-americana. Neste contexto, não se pode falar rigidamente em “proibição”, mas de uma “regulação” travestida de “proteção” ao consumidor. Não há uma perseguição aos usuários de drogas, ao contrário, esta lei protege os consumidores ao obrigar os comerciantes a fornecerem informações precisas sobre a natureza e a pureza dos produtos comercializados. Todavia, pode-se dizer que tal legislação abriu “brechas” para uma postura interventora do Estado na conduta individual sob o pretexto do paternalismo e da proteção institucional, que será a tônica da ação estatal norte-americana a partir de então.

Fiori (2005) ressalta que o fenômeno das drogas na sociedade moderna esteve sempre associado a dois eixos principais: a criminalização e a medicalização:

Problema de repressão e incitação, a ‘droga’, tal como é hoje o sexo, não existiu desde sempre, sendo invenção social recente e muito bem datada. De fato, mais do que apropriar-se da experiência do uso de drogas, o que as sociedades modernas parecem ter feito foi criar literalmente o próprio fenômeno das drogas; e o criaram por duas vias principais: a da medicalização e da criminalização da experiência do consumo de substâncias que produzem efeitos sobre os corpos e que, até sua prescrição e penalização, não eram consideradas como drogas (FIORI, 2005, p.261)

De fato, Rodrigues (2004) assevera que o instrumento usado pelo Estado para legitimar sua atuação cada vez mais presente na conduta individual neste contexto será o *terapeutismo estatal*. “O Estado Terapêutico é aquele que [...] promove a apropriação da autoridade médica e sanitária, transformando-as em instrumento político a fim de aumentar sua capacidade de ingerência³². O Food and Drug Act apenas insinua esse movimento, ao fincar os primeiros precedentes legislativos” (RODRIGUES, 2004, p.46). A consolidação deste modelo estatal, no entanto, exigiria o desenvolvimento de um caldo político e social favorável ao crescimento do policiamento social estatal e da consolidação de controles legais

³¹ A partir do texto, apreendemos que o *Food and Drug Administration* é uma agência do governo norte-americano responsável pela regulação de alimentos, medicamentos (inclusive as drogas), cosméticos, entre outros, visando o controle do uso de tais substâncias pela população em geral.

³² Fiori (2005) qualifica o Estado Terapêutico como uma espécie de pacto entre o Estado e a medicina por meio da imposição de uma legislação que reserve à classe médica legitimidade exclusiva para lidar com a questão através de receituários e tratamento.

e coercitivos convenientes para que legislações fossem impostas. Isso, no entanto, só se deu a partir do fortalecimento interno e externo dos EUA.

Segundo Rodrigues (2004), em 1906, os EUA promoveram os primeiros movimentos internacionais, objetivando estabelecer mecanismos de controle em relação às drogas. No ano de 1909, acontece a Conferência de Xangai, a qual, segundo o autor, foi convocada por este país muito mais como uma manobra diplomática do mesmo, que estava com problemas comerciais com a China, do que propriamente um interesse no combate ao ópio. Essa assertiva fica expressa no seguinte trecho do autor:

A política antiópio foi, na verdade, parte fundamental da estratégia de ação norte-americana na Ásia: na ocupação das Filipinas, após a guerra hispano-americana (1898), os interventores estadunidenses consolidaram a posse do arquipélago em grande medida através do esforço para acabar com o comércio de ópio estabelecido pelo anterior monopólio colonial espanhol. A falta de interesse econômico dos Estados Unidos no comércio de ópio facilitava a defesa oficial de combate ao tráfico, fato que, ademais, ia ao encontro do ímpeto proibicionista dos grupos da temperança e das sociedades de supressão do vício em geral (RODRIGUES, 2004, p.47).

Rodrigues (2004) ressalta que, na Conferência de Xangai, discutiu-se muito timidamente a questão do controle sobre o ópio, sendo elaboradas algumas recomendações sem peso legal que previam uma lenta diminuição no comércio mundial de opiáceos. Os resultados não alcançaram aplicabilidade, contudo, esta foi a primeira de um conjunto de reuniões que futuramente ganhariam expressão em nível mundial. Além disso, tal Conferência marcava o início de tomada de liderança dos EUA na agenda internacional do controle de drogas, lançando dois conceitos fundamentais em relação ao uso destas substâncias que seriam de suma relevância na argumentação norte-americana durante todo o século XX: o “uso legítimo” e o “uso ilícito”. O uso legítimo era baseado no saber médico e científico, referendado pelo Estado terapêutico; o uso ilícito, de caráter hedonista, deveria ser de todo proibido.

Nos anos seguintes, os EUA lançaram a proposta de uma Conferência Plenipotenciária³³ para a elaboração de um tratado sobre o controle internacional de drogas. Alguns países, entre os quais, Inglaterra, Holanda, Alemanha e Portugal (principais potências europeias com interesse no tráfico de ópio asiático), não tinham interesse na regulamentação da referida matéria dado a lucratividade obtida através deste comércio, todavia, não podiam

³³ De acordo com o dicionário Aurélio on line, o termo plenipotenciário significa: adj. Diz-se do agente diplomático munido de plenos poderes: ministro plenipotenciário. Daí, depreende-se que a referida conferência teria plenos poderes sobre a normatização das drogas em nível mundial.

abster-se da discussão, considerando a magnitude do problema e a relevância político-econômica dos EUA. Assim, em 1911, os principais Estados em nível mundial reuniram-se em Haia/Holanda, para o início das negociações. O objetivo era a internacionalização das medidas de controle para o uso não médico de ópio e derivados.

A Convenção de Haia foi aprovada pelo Senado norte-americano em 1913. Em 30 de junho de 1914, houve a aprovação da *Harrison Narcotic Act*, que inaugurava oficialmente o poder terapêutico do Estado, regulamentando a produção e o comércio de drogas. Esta legislação dava ao Estado a função e a competência de estabelecer “cientificamente” quais drogas seriam consideradas perigosas, sendo obstaculizadas pelo aparelho burocrático estatal, e quais seriam consideradas “inofensivas”, podendo ser negociadas e consumidas livremente. Instaurou-se, neste contexto, a obrigatoriedade da receita médica para a compra de medicamentos, cujos ingredientes fossem considerados “perigosos”.

Rodrigues (2004) considera a *Herrison Narcotic Act* como sendo fruto de um momento da vida política norte-americana em que os níveis de participação popular caíram sensivelmente, possibilitando a exploração excessiva de temáticas proibicionistas na esfera pública e a passividade da população em meio a estas discussões. A importância que a causa antidrogas ganhava neste cenário político não era, segundo o autor, o reflexo de uma agitação popular, e sim o uso estratégico de partidos e movimentos proibicionistas oriundos da primeira década do século XX (ou seja, os movimentos sociais de naturezas moralistas e puritanas).

Tais movimentos afiguraram-se, neste momento, como sendo fundamentais para o estabelecimento de um ambiente político propício para que a legislação proibicionista se consubstanciasse, trazendo uma visão de mundo que diagnosticava a sociedade como “doente”, necessitando de cuidados, que deveriam ser de caráter moral (papel da Igreja e valores puritanos) e sanitário-jurídico (papel do Estado). Estabeleceu-se ainda uma marginalização dos comerciantes e consumidores de drogas, criando, no direito penal, as figuras do “traficante” e do “viciado”, ambos passíveis de punição.

O sistema terapêutico-policial avançava à medida que a década de 1910 adiantava-se: o estamento médico atrelava-se cada vez mais aos mecanismos estabelecidos pela Lei Harrison, apontando a necessidade de investimento do poder estatal sobre o comércio e o uso proibido da cocaína, heroína, ópio e morfina. Os setores políticos mais conservadores, no entanto, ainda não se davam por contemplados, tendo em vista que faltava o controle sobre o álcool, substância motivadora das primeiras demandas proibicionistas. Tal objetivo somente foi alcançado após a 1ª Guerra Mundial com a proposta da emenda constitucional realizada

pelo senador republicano do estado de Minnesota, Andrew Volstead (1869-1947), que acreditava na necessidade da cristalização e longevidade de uma lei com força constitucional para se combater efetivamente o álcool. Inaugura-se, desta forma, o período da *Grande Proibição*, conhecido também como *Lei Seca*, que, na concepção de seus defensores, “suprimiria o vício e restituiria a dignidade e a retidão moral dos cidadãos norte-americanos” (RODRIGUES, 2004, p.53).

Rodrigues (2004), ao falar da “Lei Seca” nos EUA, aponta como “resultados” da mesma o fortalecimento do crime organizado no país, visto que, na ilegalidade, a comercialização do álcool dava margem a lucros abusivos, obtidos a partir da dificuldade na sua comercialização. Isso, segundo o autor, tornava possível o fortalecimento e a prosperidade dos “negócios” de famílias criminosas estrangeiras e nacionais, bem como a potencialização das funções do Estado, com a criação de departamentos e agências estabelecidos no intuito da fiscalização e da coerção do uso e do comércio ilegais do álcool: “o Volstead Act proporcionou a proliferação de quadrilhas, prisões, armas, de mortes, de agentes federais, juízes, promotores, e de viaturas policiais. Enfim, havia boas oportunidades de lucro e emprego para os lados legal e ilegal da economia” (RODRIGUES, 2004, p.53).

O autor ressalta ainda, neste contexto, a criminalização de meio milhão de norte-americanos que faziam uso de álcool em sua vida cotidiana e que, a partir de então, passaram a recorrer a gângsteres para manterem o hábito, fazendo o uso de bebidas alteradas e de qualidade duvidosa. A Lei Seca, enfim, foi derogada em 1933 devido ao fracasso de seu objetivo inicial de diminuição (ou eliminação) do uso de álcool nos EUA. Isso não representou, no entanto, o retrocesso da política proibicionista, sendo criados e implementados novos dispositivos legais e penais para a manutenção da “guerra às drogas”.

Em 1925, aconteceu a Conferência de Genebra sobre Drogas, cujas conclusões apontavam para a simples reafirmação dos pressupostos firmados em Haia. Os EUA objetivavam inovar a legislação internacional de controle às drogas, enrijecendo os mecanismos de fiscalização. Havia, no entanto, divergências quanto à aceitação de algumas propostas de cunho mais repressivo, devido ao fato de que alguns países, principalmente os europeus (produtores de coca, papoula e ópio bruto), terem restrita sua principal fonte de renda em função da aplicação de tais legislações. Essa clara divergência entre os EUA e os países europeus implicou no boicote de Washington à reunião, limitando em muito o alcance prático e o peso político das decisões. Resultaram deste encontro a incorporação da maconha e da heroína no rol das drogas que deveriam ser rigidamente controladas e a criação do primeiro órgão consultivo internacional amplo sobre drogas, o *Permanent Central Opium*

Board (Comitê Central Permanente sobre o Ópio – CCP) que se responsabilizaria pela coordenação e vigilância do mercado mundial de drogas.

Na década de 1920, os EUA desejavam a internacionalização de seu modelo terapêutico-repressor conduzido domesticamente. Para isso, utilizou-se da Liga das Nações, a qual – apesar de este país não ser integrante no referido período – serviria para facilitar seus planos de defesa do uso legítimo controlado de certas drogas com fins medicinais e da criminalização do uso hedonista e da automedicação. Se a não assinatura da Convenção de 1925 pelos EUA originou um acordo menos amplo do que este país desejava no cenário internacional, por outro lado, o mesmo continuava participando ativamente da política em nível internacional, preparando inclusive os dois encontros seguintes, de 1931 e 1936, também em Genebra, que contribuiriam decisivamente para a mundialização do modelo estadunidense de combate às drogas.

A Conferência de 1931 estabeleceu um controle rígido do comércio legal das drogas consideradas de uso médico e atribuiu poderes punitivos ao CCP, que passaria a ter a função de “lutar contra o vício e as toxicomanias no mundo”. Sua atividade principal:

era a fiscalização das medidas acordadas nos Convênios de Genebra, especialmente das “avaliações” sobre as quotas anuais que cada Estado signatário possuía para a produção e o comércio de substâncias controladas. Suas pretensões eram maiores que sua real operacionalidade [...], contudo, o Comitê significou o gérmen dos organismos destinados ao controle e à prevenção do comércio e do uso de drogas vinculados à ONU a partir de 1946. O Tratado de 1931 significou a exportação mais bem acabada até então do modelo penalizador dos Estados Unidos [...]. A trilha para a institucionalização de medidas penais, no plano internacional, começou a ser aberta em 1931. Cinco anos depois, a tendência se concretiza, com a aprovação de medidas penais para o tráfico e o consumo de drogas controladas [...] (RODRIGUES, 2004, p.57 - 58).

O tratado contra o Tráfico Ilícito, de 1936, segundo Rodrigues (2004), foi extremamente limitado devido à falta de interesse concreto dos principais países envolvidos. Durante o encontro, a delegação norte-americana propôs a criminalização, não só da produção, mas também da distribuição não médica das drogas e ainda do uso pessoal destas substâncias, o que foi rechaçado pelos países da Europa Ocidental e “produtores” em geral, que viram nesta proposta uma ameaça aos lucros obtidos por eles em suas transações com drogas controladas. Diante de tal postura, novamente os EUA restringem sua participação no encontro e não assinam o documento final, implicando na inoperância do referido tratado e na

comprovação de que, a partir de então, “*nenhum acordo internacional seria praticável sem a chancela dos Estados Unidos*” (RODRIGUES, 2004, p.59).

Desta forma, a exportação do modelo proibicionista estadunidense ia sendo aos poucos imposta no sistema internacional com a legitimidade trazida pelas medidas legais multilaterais. Isso ocorreu, como exposto anteriormente, não sem a resistência por parte de outros Estados envolvidos, centrais e periféricos; todavia, devido à importância política, econômica e militar assumida pelos EUA no contexto internacional, tornava-se cada vez mais difícil contrapor-se ao mesmo.

Os anos de 1930 assistiram ao agigantamento dos EUA na questão do controle das drogas com a institucionalização e regulamentação desta matéria em nível mundial. Por outro lado, ainda nesta década, à medida que este país vinha impondo suas posturas proibicionistas no cenário internacional, a época das grandes intervenções militares chegava ao fim. Assim, a preocupação central do EUA em relação a estes países no referido contexto migrava da “segurança para o comércio” para a necessidade do combate às “ideologias exóticas” (com o perigo da penetração das ideologias fascistas e comunistas), fazendo com que fosse redefinida sua política inicial de “intervencionismo direto” (típica do *big stick*) para o discurso da *cooperação e solidariedade interamericana*, conhecida como *política da boa vizinhança*. No entanto, esta “mudança” estratégica não implicou uma diminuição da postura proibicionista norte-americana, ao contrário, houve uma ampliação da referida prática, agora, porém, sob novos moldes. Segundo Rodrigues (2004), neste período,

o apoio à guerra às drogas passará a ser passivo; a construção de um saber estatal, cientificamente justificado, será aceito como verdade irrefutável. Toda a demonização das drogas a partir de então continuará bebendo na fonte cristalizada do moralismo puritano, com a diferença de estar inevitavelmente sendo filtrada pelo posicionamento estatal (RODRIGUES, 2004, p.63).

Neste período, o autor aponta para o controle das drogas nos EUA como sendo uma importante técnica de gestão populacional: a vigilância sobre os corpos (sobre aqueles que usavam das substâncias proibidas e também sobre os que recorriam à receita médica) e regulação da conduta da população, o que não poderia ser negligenciado pela governamentalidade estatal no referido contexto. Os primeiros anos da proibição foram aqueles em que a “saúde” se converteria em objeto de intervenção jurídico-social: é a extrapolação da medicina para outras áreas da vida que não a da “doença”. O controle sobre as drogas aparece neste contexto transvestido de uma preocupação com a “saúde”. São

catalogados padrões de “normalidade” e “anormalidade”, que passam a ser objetos de regulamentação jurídica.

No período Entre-Guerras, assistiu-se a um rápido desenvolvimento de uma nova geração de drogas, agora sintéticas, produzidas em laboratório e que gozavam de ampla liberdade comercial. Na ocasião de seu lançamento, tais substâncias não eram proibidas. Acreditava-se que ofereciam os mesmos atrativos que as drogas ilegais com a vantagem de não terem alguns inconvenientes à saúde, como, por exemplo, a *adicção*³⁴. Na década de 1920, algumas destas substâncias foram, inclusive, legitimadas por organismos de controle norte-americanos, que enfatizavam o caráter milagroso das substâncias sintéticas, que tratavam depressões e “hábitos nocivos das drogas ilegais”, tornando-se alvo de algumas campanhas publicitárias (como, por exemplo, a metadona em substituição à heroína).

Rodrigues (2004), ao falar destas novas substâncias, ressalta a excitação causada pelas anfetaminas (muitas vezes superior à da cocaína) que despertou o interesse de órgãos de defesa norte-americanos e europeus que procuravam substâncias que despertassem a coragem e disposição de seus soldados no campo de batalha. O autor ressalta ainda que algumas destas drogas chegaram efetivamente a ser utilizadas durante os conflitos da Segunda Guerra Mundial, ocasionando a dinamização das indústrias farmacêuticas no período em questão. O ritmo do lançamento das novas substâncias ia acompanhando a tendência da proibição ao comércio de ópio e derivados, cocaína e maconha.

Paralelamente, cresciam-se as pesquisas e produção de drogas sintéticas com amplo apoio do país norte-americano. Até os anos 70, os EUA não defenderam nenhum tipo de controle legal internacional ao comércio de anfetaminas e congêneres, que eram livres, contando ainda com a legitimação do aparato científico-estatal. Apesar de algumas destas substâncias serem mais tóxicas do que a cocaína e a heroína, as mesmas se mantiveram por algum tempo legais, pois movimentavam relevantes interesses político-econômicos. Assim, o Estado terapêutico ia exercendo seu papel médico-científico, estabelecendo quais tipos de droga eram “recomendáveis” e “éticas” e quais deveriam ser “banidas” da sociedade.

No início da década de 1940, com a eclosão do conflito mundial na Europa, a Liga das Nações cai em total inoperância, permanecendo isolada em Genebra. Neste contexto, os países defensores do controle internacional sobre as drogas temiam que essa paralisação

³⁴ Segundo o dicionário Aurélio Século XXI, o termo *adicção* tem a seguinte etimologia: *adicto*, do latim *addictu*, é um adjetivo, que significa: 1) Afeiçoado, dedicado, apegado, 2) Adjunto, adstrito, dependente. 3) Em medicina, é quem não consegue abandonar um hábito nocivo, mormente de álcool e drogas, por motivos fisiológicos ou psicológicos. Relaciona-se à necessidade de usar determinada substância para se obter uma sensação de bem-estar e alívio das tensões.

implicasse a suspensão das funções dos órgãos antidrogas; os países produtores europeus, por outro lado, não lamentavam esta possibilidade, devido ao fato de que, em tempos de guerra, era importante as margens de lucro obtidas pela não regularização deste comércio. Os proibicionistas norte-americanos, contudo, viram neste impasse a oportunidade para remodelar seu regime de controle às drogas. A ideia deste país era hospedar o CCP e outros órgãos antidrogas em solo americano enquanto não cessasse o conflito na Europa, evitando, desta forma, a extinção destes organismos e, ao mesmo tempo, mantendo-os sob o “olhar” norte-americano.

Conforme já ressaltado, há, neste período, uma redefinição sobre a questão da segurança nacional norte-americana, voltando-se a preocupação deste país mais veementemente sobre a questão do “perigo vermelho”, personificado pela União Soviética. Instaurava-se a divisão bipolar do mundo em duas órbitas de influência: “leste” e “oeste”, “capitalismo” e “socialismo”. Neste contexto, o continente latino-americano assume especial relevância, sendo estrategicamente incluído no discurso da nova construção da segurança nacional norte-americano. Assim, em 1947, o presidente Henry Truman, anunciava a ampliação da ação estadunidense para além das fronteiras do referido país, alegando a necessidade de “defesa” do “mundo livre” do “perigo expansionista soviético”³⁵.

Nos anos de 1950, ocorreu a explosão do consumo da heroína nos EUA, que se disseminou rapidamente entre as parcelas mais empobrecidas da população; os estratos mais abastados faziam uso de barbitúricos e anfetaminas, visto que dispunham do acesso ao controle farmacológico imposto pelo Estado através da emissão de receitas. O principal alvo da repressão estatal era naturalmente a população pobre, constituída por negros e hispânicos, que recorriam à heroína comercializada ilegalmente nos centros urbanos. Tal fato mobilizava a opinião pública para a degradação proporcionada pelo uso da droga, reforçando as teorias anteriormente defendidas pelos moralistas antidrogas.

Tal perspectiva serviu de sustentáculo para a defesa de uma ação sanitária e filantrópico-paternalista por parte do Estado e de uma intervenção jurídico-policial violenta contra viciados e traficantes. Na referida década, foram aprovadas novas leis, ampliando os poderes e atribuições da vertente intervencionista-estatal: a *Boogs Act* de 1951 e a *Narcotics*

³⁵ Esta reformulação da Doutrina de Segurança Nacional Norte-americana, que ficou conhecida como Doutrina Truman, procurava justificar as intervenções deste país para além de suas fronteiras, sob a alegação da ameaça comunista. Tem origem na *teoria da contenção* de George Kennan, que afirmava que a URSS era uma ameaça permanente em longo prazo sobre o Ocidente e que somente uma ação coordenada de Estados democráticos, sob o comando norte-americano, seria capaz de conter os avanços do comunismo. Esta “contenção” seria fruto de um conjunto de ações de ajuda econômica, treinamento militar e policial, além de um forte bombardeio ideológico realizada pelos EUA. Dentro deste conceito, são exemplos destas iniciativas econômicas o Plano Marshall (destinado à reconstrução da Europa Ocidental) e o Quatro (na América Latina).

Control Act de 1956, que estabeleciam punições mais severas para a comercialização e o uso pessoal de drogas. Rodrigues (2004) ressalta que, na referida década,

O Estado, que já havia confiscado dos médicos (através da Lei Herrinson, de 1914, e da criação do FDA, em 1930) a autoridade para firmarem se uma droga possuía utilidade científica ou medicinal, retirava do Poder Judiciário a capacidade de decidir, com base nas diretrizes do código penal, as penas que considerassem adequadas aos envolvidos com drogas. As vozes de juristas que se levantassem reclamando da inconstitucionalidade da norma foram logo abafadas por Anslinger³⁶, que, numa hábil manobra, sugeriu a formação de uma subcomissão parlamentar para estudar o assunto, ao mesmo tempo em que denunciava um “complô comunista” que estaria fazendo chegar os Estados Unidos toneladas de heroína asiática (RODRIGUES, 2004, p.71).

Assim, este clima de insegurança social construído em torno das “minorias viciadas” aliado ao “perigo comunista” propiciou um ambiente favorável para a ampliação das *Boggs Act*, aumentando a capacidade do Estado de intervir policial e judicialmente através de medidas punitivas cada vez mais severas, ganhando dimensões e patamares jamais atingidos anteriormente. O discurso das “drogas como epidemia social grave” penetrou profundamente no senso comum norte-americano, alcançando, neste contexto, o apoio popular necessário à expansão das políticas proibicionistas.

No imediato pós-guerra, é criada, em nível internacional, a Organização das Nações Unidas (ONU), sendo que, as agências de controle de drogas, com exceção de algumas poucas, entre as quais a CCP, vincularam-se a esta nova instituição. Em 1953, há a proposta por parte da França de elaboração de um novo tratado que aprofundasse as decisões da Convenção de Genebra de 1931, adaptando-a ao novo contexto mundial. Os EUA apoiaram a referida proposta, que previa a criação de uma “Convenção Única”, mais rígida e que aglutinasse, num só documento, as iniciativas antidrogas. Os países produtores, por outro lado, tinham a expectativa de que a referida convenção pusesse fim aos limites rígidos estabelecidos anteriormente e formassem novas regras de controle, entre as quais, a classificação das drogas sintéticas não narcóticas, produzidas no Primeiro Mundo e que, até aquele momento, eram livremente comercializadas sem nenhuma restrição no contexto internacional.

Durante a referida Convenção, Aslinger, representante norte-americano, conseguiu que a proposta de classificação das drogas não narcóticas, defendida pelos países produtores,

³⁶ Autoridade atuante na causa antidroga norte-americana.

não obtivesse êxito; no entanto, ainda assim, saiu insatisfeito da reunião. Segundo Rodrigues (2004), o que mais desagradou o representante norte-americano foi o desaparecimento do art. 15 no documento final, que recomendava a criação de órgãos repressores nos Estados signatários.

Essa aparente diminuição da influência estadunidense não representou, no entanto, um retrocesso do poderio deste país na condução da agenda internacional em matéria de drogas no referido contexto; mas expunha o fato de que era necessário o estabelecimento de novas estratégias de condução da política de controle às drogas, considerando o novo contexto sociopolítico e econômico, já visível no início dos anos de 1960 e que trazia pela frente situações, tais como: o crescimento do tráfico ilícito e o surgimento de novas drogas. O documento final do encontro foi aprovado sem entusiasmo e trouxe como resultado imediato o aumento do tráfico ilegal.

Em fins dos anos de 1950 e início dos anos 1960, o desenvolvimento da legislação repressiva e o aprimoramento dos órgãos estatais repressivos viveram lado a lado com o crescimento do uso experimental das drogas alucinógenas, ainda sem restrições penais impostas, com destaque para a maconha e as novas drogas alucinógenas (psilocibina e LSD). Foi o período da contracultura em que as drogas tradicionais tiveram o uso retomado por artistas, poetas, cantores, etc. que buscavam novas experiências sensoriais. Diversos artistas usavam as referidas substâncias em seu processo criativo, como forma de autoconhecimento e inspiração filosófica e política.

O Governo norte-americano interessou-se sobremaneira por estas novas substâncias, tanto que “chegou a promover, sob cuidados da CIA, um projeto intitulado MK-Ultra, que tinha como objetivo central explorar o potencial do LSD como ferramenta para lavagem cerebral” (RODRIGUES, 2004, p.76). Todavia, segundo Rodrigues (2004), os resultados do ácido lisérgico no organismo humano foram diversos daqueles almejados pelo país norte-americano, trazendo aos usuários sentimentos pacifistas e questionadores não desejáveis, tendo sido o referido projeto abortado em 1959. A partir daí, as pesquisas com as drogas alucinógenas foram se aprofundando, dando origem a novas substâncias, alterando-se com isso os aparatos estatais de controle dos psicoativos.

Internacionalmente, as drogas psicotrópicas (opiáceos sintéticos e alucinógenos) não estavam incluídas no controle restrito estabelecido pela Convenção Única de 1961, em grande parte, devido às pressões das indústrias farmacêuticas dos países desenvolvidos que lucravam com o comércio de antidepressivos e estimulantes legais. Contudo, com os resultados das experiências estéticas e visionárias do movimento contracultural, aliados aos movimentos

políticos advindos das mesmas, houve o interesse por parte dos governos dos países centrais, entre os quais os EUA, no controle de algumas substâncias psicotrópicas consideradas “indesejáveis”. Novamente, o argumento para a proibição das referidas substâncias seria o da validade médica legitimada pelo aparato estatal.

Nos anos de 1960, cresceram, com o apoio de organismos internacionais, entre os quais a Organização Mundial da Saúde (OMS), as campanhas de proibição às drogas alucinógenas, consideradas “perigosas e sem fins médicos”. As medidas tomadas pela OMS e outros organismos no que diz respeito às referidas substâncias seguiram-se aos pré-requisitos anteriormente estabelecidos pela Convenção Única de 1961, a qual incorporou às listas anteriores as novas drogas (algumas anfetaminas e barbitúricos), não ocorrendo ainda o abarcamento das drogas psicotrópicas.

Paralelamente a estas medidas de cunho legal, deu-se no plano social, ainda no período em questão, juntamente com a ampla disseminação das drogas visionárias, um forte fluxo contestatório contrário às medidas proibicionistas jamais visto pelos EUA, com a disseminação de movimentos oposicionistas vinculados às experiências estéticas e artísticas, reunidos sob o nome de “contracultura”.

Ribeiro e Ribeiro (2006) apontam, no período em questão, a disseminação de profundos questionamentos em relação aos valores sociais aceitos até então. No que diz respeito às drogas, seu consumo passa a ser tido como um “direito individual”, associado à aquisição de novas percepções capazes de suscitar ideais humanistas de liberdade e cooperação mútua, em oposição ao ideal repressivo dominante. São exemplos desta nova mentalidade no seio da própria sociedade norte-americana: a mudança de nomenclatura das drogas psicodélicas (do grego antigo *ψυχη* (psique) "mente" e *δηλειν* (delein) "manifestação") para alucinógenos sintéticos (termo de autoria do psiquiatra norte-americano Humphry Osmond, que as utilizava em suas sessões de psicoterapia) e o movimento político-cultural defendido pelo psicólogo estadunidense Timothy Leary, que defendia deliberadamente o uso de drogas psicoativas como um meio de aproximação entre os povos e aumento de inteligência.

A reação estatal ao referido movimento veio em 1966, ocasião em que a psicodelia atingiu sua maior potencialidade inovadora, provocadora e crítica, com a criação pelo presidente Johnson do *Bureau of Drug Abuse Control* (BDAC), que passava a agir juntamente com a *Food and Drug Administration* (FDA) no controle de metanfetaminas e alucinógenos. Era o início de uma série de reformulações legislativas, burocráticas e operacionais no controle estatal ante as novas drogas disponíveis e também a afirmação da necessidade norte-

americana de reformulação em seu aparato repressor antidrogas com construção de um novo modelo na luta contra as drogas, altamente profissionalizado e burocratizado, tendo em vista as novas necessidades vigentes.

A partir de 1968, o Poder Executivo norte-americano colocou em prática planos de reorganização da política antidrogas (I e II), com o apoio do Departamento de Justiça. Em 1970, sob a direção do presidente Nixon, houve a aprovação da *Drug Abuse Prevention and Control Act*, norma que antecipava as indicações legislativas voltadas para o tratamento e medicalização do usuário. A segunda sessão da referida legislação trazia uma lista de drogas estabelecidas mediante padrões de “periculosidade” e utilidade médica, todas submetidas ao controle estatal.

Foi o referido presidente que inaugurou a política que ficou conhecida internacionalmente como Guerra às Drogas (*War on Drugs*). Em sua opinião, o consumo de maconha e LSD constituía a base da violência e da rebeldia juvenil e a heroína justificava o “mau” comportamento da população negra. Iniciou-se assim o enrijecimento ao comércio e consumo de drogas no país, a despeito de inúmeros direitos e garantias constitucionais anteriormente estabelecidos.

Em 1972, houve a centralização das atividades antidrogas em um único órgão, vinculado ao Departamento de Justiça, com a unificação das forças federais voltadas para a referida questão. Assim, em julho de 1973, extinguiu-se de uma só vez o *Bureau of Narcotic and Dangerous Drugs*, o *Office of Drugs Abuse Law Enforcement* e o *Office of National Narcotic Intelligence*, sendo criada a *Drug Enforcement Agency* (DEA), mais tarde renomeada de *Drug Enforcement Administration*, que passou a ser o principal instrumento na luta contra o narcotráfico em solo norte-americano, prevendo ainda intervenções para além das fronteiras estadunidenses.

De fato, a criação de uma agência especial voltada para a repressão e controle do narcotráfico estava em consonância com a dimensão epidemiológica que a questão das drogas assumiu nos EUA, em princípio dos anos de 1970. No referido contexto, houve a explosão do consumo de drogas psicodélicas em práticas de experimentação transcendental e de contestação ética, estética e política, criando um ambiente propício à explosão dos valores conservadores ainda presentes em parcela significativa da sociedade norte-americana.

O Governo norte-americano, em seu aparelho terapêutico-repressor, soube capitalizar muito bem as experiências com as drogas alucinógenas e o terrorismo construído em torno do comportamento dos usuários, representado nas manifestações contraculturais que, segundo as autoridades, eram perigosas e poderiam desestabilizar a ordem social. Com isso, obteve-se o

apoio popular necessário à solidificação do combate às drogas que foi sendo desenhado em torno da vulgata psicodélica e do “modismo jovem”. Foi sob estes argumentos que o presidente Nixon, no ano de 1971, elegeu publicamente a droga como “inimigo número-um da nação norte-americana (RODRIGUES, 2004, p. 81)”.

No contexto internacional, o modelo estadunidense no que se refere ao tráfico e ao consumo de drogas ia se consolidando cada vez mais, demonstrando já não haverem resistências que pudessem se opor ao referido projeto. Assim, houve a ratificação do Convênio sobre Drogas Psicotrópicas em 1972 com a cristalização do enfoque proibicionista no plano internacional. Ocorreu ainda a proposta de uma reunião plenipotenciária por parte dos EUA com o intuito de emendar a Convenção Única de 1961, objetivando reformular as agências de combate às drogas.

O documento final da Conferência de 1972 formalizava quatro listas com a classificação das novas drogas que tiveram seu consumo acrescido após a Convenção Única de 1961: lista 1 (drogas visionárias), lista 2 (anfetaminas), lista 3 e 4 (diferentes tipos de barbitúricos), sendo que as drogas estritamente proibidas eram apenas as da lista 1, psicodélicas³⁷. Os critérios para esta divisão baseavam-se na atualização dos conceitos do uso médico/científico aplicados à definição terapêutica do uso psicofarmacológico decoroso (médico) ou indecoroso (drogas). Substâncias como a cocaína, heroína e maconha continuaram proibidas sob o rótulo de “narcóticos” e houve uma nova classificação, os psicotrópicos, que reuniram as drogas disseminadas a partir dos anos 60.

Aliada aos Estados Unidos, outra grande defensora do proibicionismo, no referido contexto, foi a ONU (apesar de a mesma representar um espaço multilateral, tal perspectiva fazia-se hegemônica), que apoiava esta perspectiva ideológica nas convenções internacionais, defendendo a repressão como estratégia central de atuação. Visando ao fortalecimento da perspectiva dominante, este órgão criou, em 1946, a Comissão de Narcóticos (CND), responsável pela formulação de uma política de drogas que contribuísse para o sistema de controle internacional destas substâncias.

A partir dos anos de 1960, houve o fortalecimento do crime organizado, com sérias repercussões sociais, além do crescimento dos movimentos sociais de luta pela cidadania que iam ganhando espaço significativo no cenário internacional. Neste período, a CND organizou uma série de três convenções – chamadas Convenções-Irmãs – visando a uma programação comum para os países-membros no que diz respeito à política de drogas, são elas: a

³⁷ Para maior esclarecimento sobre os tipos de drogas, ver anexo “Drogas: tipos e classificações”.

Convenção Única sobre Estupefacientes (1961), realizada em Nova York; a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas (1971), realizada em Viena (Áustria); e a Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas (1988), também em Viena. As Convenções-Irmãs, segundo Ribeiro e Ribeiro,

estabeleceram o sistema internacional de controle das drogas, reafirmando o proibicionismo como política a ser seguida por todas as nações. A primeira recuperou e detalhou as determinações oriundas da Liga das Nações (anos 20). A segunda reafirmou o propósito proibicionista frente aos movimentos contraculturais dos anos sessenta. A terceira confirmou e fortaleceu a estratégia repressiva como instrumento de combate ao crescimento do crime organizado (RIBEIRO e RIBEIRO, 2006, s/p).

Segundo Rodrigues (2004), ao final do século XX, o proibicionismo permaneceu como ideologia política dominante nos Estados Unidos, avançando na direção da total incorporação das drogas como um problema de segurança pública. De fato, na década de 1980, houve o endurecimento das legislações proibicionistas neste país com o ressurgimento da guerra às drogas. Em 1982, o então presidente Reagan aprovou inúmeras medidas repressivas em relação às drogas, entre as quais: o *Omnibus Crime Bill* (que previa o confisco de bens e pessoas acusadas de envolvimento com o tráfico) e a *anti-drug abuse act* (que determinava pena de prisão de dez anos para indivíduos encontrados com determinada quantidade de droga).

Ribeiro e Ribeiro (2006) mencionam que, ainda nesta década (entre 1984 e 1985), deu-se o surgimento do crack nos bairros pobres de Los Angeles, Nova York e Miami, habitados, principalmente, por negros e hispânicos em situação de miséria. Estes novos consumidores foram atraídos inicialmente pelos baixos preços da substância. Uniram-se a eles os antigos consumidores endovenosos de cocaína que, com o advento da aids, viram na nova substância maior segurança, além de outros consumidores de drogas de estratos sociais mais baixos, atraídos também pelo valor da mercadoria. Em relação ao comércio ilegal, os autores afirmam que o crack modificou substancialmente a economia de drogas e o seu modo de atuação, desmobilizando padrões comunitários do referido comércio, dado ao padrão compulsivo do uso, o que gerou uma intensa e violenta disputa por esse novo mercado.

[...] Logo, o consumo da substância passou a ser responsabilizado pela explosão de violência dentro dos guetos: jovens enlouquecidos pelo crack estão matando por quase nada. A resposta foi reprimir o porte: apreensões a partir de cinco gramas de crack poderiam condenar seu portador a cinco anos de prisão. O resultado foi a superlotação das cadeias da América do Norte,

majoritariamente composta por jovens presos por porte de crack (RIBEIRO e RIBEIRO, 2006, s/p.)

Rodrigues e Rodrigues (2006) afirmam ainda que, paralelamente à política repressiva norte-americana, houve no país, nos anos de 1980, o desencadeamento de fortes campanhas de cunho moralista com o objetivo de conscientizar e prevenir as massas, tendo em vista a redução de demanda. Em 1984, destacou-se o *slogan* da então primeira-dama Nancy Reagan, *Just say no* (apenas diga não), que ressoou por todos os cantos do país.

No contexto escolar, foi criado o *Drug Abuse Resistance Education*³⁸ (D.A.R.E), programa que consistia em cursos ministrados por policiais que, em substituição aos educadores, realizavam palestras nas escolas acerca das drogas, seus malefícios e as consequências do consumo ilegal. O objetivo do programa em questão era condicionar o jovem usuário em potencial a dizer não às investidas dos traficantes e com isso diminuir o consumo, o que, segundo estudiosos, não foi alcançado em 20 anos de atividades desenvolvidas.

Os autores citam ainda outra proposta de combate às drogas surgida nos Estados Unidos na segunda metade da década de 1980, mais especificamente na Flórida, a *Drug Courts* (Corte de drogas), que se expandiu por diversos países do mundo, entre os quais o Brasil³⁹, alcançando notoriedade. Tal estratégia reunia a atuação de órgãos de políticas públicas e o do Poder Judiciário, sendo formulada a partir do excessivo aumento de população carcerária nos EUA no período em questão, ocasionado, sobretudo, pela chegada do crack ao país e o endurecimento da legislação penal em relação às drogas. Envolve o tratamento dos condenados por meio de testes e relatórios elaborados por profissionais de saúde nomeados. Aos juízes cabia a supervisão do tratamento dos condenados.

Inicialmente, abordaram-se os casos considerados de menor gravidade (como, por exemplo, porte de drogas ou furtos com finalidade de adquiri-las), objetivando a reinserção social. Para estes casos, foi idealizado na Flórida um programa de reabilitação supervisionado

³⁸ O DARE possui o seu equivalente brasileiro desempenhado pela polícia militar: o PROERD, que chegou ao Brasil em 1992, através da polícia do Estado do Rio de Janeiro e, atualmente, encontra-se em todos os estados brasileiros. O programa é desenvolvido nas Escolas de 1ª a 8ª Séries, por policiais militares obrigatoriamente fardados, treinados e preparados para desenvolver o lúdico, através de metodologia especialmente voltada para crianças. O objetivo é transmitir uma mensagem de valorização à vida e da importância de manter-se longe das drogas.

³⁹ O modelo de *Drug Courts* brasileiro é conhecido como Justiça Terapêutica e é praticado na atualidade pelos sistemas judiciários brasileiros. Para Reghlin (2002), a Justiça Terapêutica é uma proposta legislativo-penal que busca submeter o usuário-doente-criminoso a uma sanção penal na qualidade de tratamento médico compulsório. A autora questiona a validade da referida proposta, abordando tanto as condições em que a mesma tem sido realizada no Brasil (locais de realização, condições de tratamento e falta de verbas), quando ao seu caráter de não voluntariedade, o que, no seu entendimento, invalida as possibilidades efetivas de tratamento.

judicialmente, que combinava tratamento, relaxamento das sanções penais e incentivos processuais para quem participasse do programa.

As *Drug Cortes* foram um sucesso nos Estados Unidos em fins do século XX, tanto que houve a reprodução do modelo em outros estados da Federação, o que fez com que os EUA criassem, em 1995, o Gabinete do Programa de Cortes de Drogas (*Droug Courts Program Office*), visando fortalecer e organizar o movimento. O sucesso do referido modelo trouxe ao país norte-americano a opção pela manutenção da política proibicionista sem acarretar o colapso do sistema penitenciário (como previsto anteriormente) e vem se consolidando como um importante instrumento da guerra às drogas, visto que seus princípios não contrariam a criminalização do usuário, tornando-a mais aceitável ao firmar-se em instrumentos médico-sanitários.

O proibicionismo foi o caminho trilhado pelos Estados Unidos no que diz respeito à política de drogas durante os séculos XIX, XX até a presente data. Este país, conforme explicitado anteriormente, utilizou-se de sua posição privilegiada no cenário internacional para expandir sua ideologia por outros países do mundo, objetivando com isso criar um consenso em torno da temática.

Contudo, devido aos diversos interesses envolvidos no mercado mundial de drogas (o qual se tornou um dos negócios mais lucrativos do mundo), às recentes transformações socioeconômicas e culturais e às novas discussões ocorridas em torno dos direitos de cidadania dos usuários de drogas, novas perspectivas ideológicas foram se organizando, ganhando força internacionalmente e se destacando como possíveis alternativas ao modelo predominante até então. Dentro deste contexto, abordaremos a política de drogas europeia, dada, também, a sua importância no cenário internacional atual e contribuição para a política brasileira de drogas nas últimas décadas.

2.2.2 – A política de drogas na Europa – a estratégia da redução de danos

Enquanto os Estados Unidos procuravam expandir mundialmente o seu ideário proibicionista no que diz respeito às drogas, Ribeiro e Ribeiro (2006) destacam que, no final do século XX, principalmente a partir dos anos 70, a Europa começou a trilhar caminhos

alternativos em relação a esta mesma política. Historicamente, os países europeus sempre defenderam medidas mais brandas no que diz respeito às drogas⁴⁰.

Conforme mencionado anteriormente, em 1971, a ONU realizou a II Convenção-irmã, a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas (1971) em Viena (Áustria), tendo sido aprovado neste encontro um documento que definia as políticas básicas de drogas de acordo com o risco de cada substância. Esta distinção entre os tipos de drogas, estabelecendo substâncias de “menor risco” (maconha e haxixe) e de “risco aceitável” (heroína, cocaína, anfetaminas e LSD), incentivou a Lei Holandesa do Ópio em 1976, que autorizava o comércio das substâncias consideradas de “menor risco” em locais previamente determinados, conhecidos por *coffeeshops*. Essa opção holandesa justificava-se sob o argumento de que tal medida, de certa forma, prevenia a violência (devido ao seu caráter não proibicionista), além de manter uma separação entre os mercados, dificultando o contato entre os usuários de maconha e de outras drogas ilícitas mais pesadas.

Na década seguinte, os autores destacam a criação da Liga dos *Junkies* (*Junkesbond*) neste mesmo país, sendo esta uma associação fundada por usuários de heroína (*Junkies*) que buscavam a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida para usuários de drogas injetáveis (UDIs). Dessa forma, foi-se instalando paulatinamente neste país uma política direcionada ao bem-estar físico e social dos usuários de drogas, independentemente do caráter ilícito do consumo.

A partir de então, a Holanda passou a adotar uma série de políticas mais flexíveis e pragmáticas destinada ao controle do consumo de drogas ilícitas e a preservação dos direitos civis dos usuários. Tal postura foi sendo reforçada nos anos posteriores, principalmente com o advento da aids que atingiu fortemente os UDIs, aumentando significativamente a mortalidade e ocasionando uma mudança no comportamento e no consumo deste grupo.

Segundo Ribeiro e Ribeiro (2006, s/p.), as autoridades holandesas, em resposta ao alastramento do vírus HIV, “tomaram uma série de medidas, visando à **redução de danos**⁴¹ ocasionados pelo consumo, sem necessariamente interferir na demanda”. Iniciou-se assim o esboço de uma nova concepção em relação à política de drogas que seria aprimorada nos anos seguintes, apropriada por outros países europeus, e até mesmo, expandida para países de outros continentes, entre os quais o Brasil.

⁴⁰ Cabe lembrar, neste contexto, o exposto por Rodrigues (2004) acerca dos países da Europa Ocidental, os quais ele classifica como “países produtores” e que não teriam, portanto, interesse numa postura mais radical no que diz respeito às drogas, o que afetaria seus lucros.

⁴¹ O modelo de redução de danos será abordado mais adiante.

No que diz respeito à apropriação deste modelo alternativo de política de drogas por outros países europeus, Ribeiro e Ribeiro (2006), enfocam que isso se deu de forma heterogênea, havendo drásticas diferenciações quanto à abordagem das políticas desenvolvidas nos referidos países. Alguns países que assumiram posturas mais rígidas, colocando a meta proibicionista como alvo de sua política de drogas⁴²; outros, altamente liberais, buscavam a liberalização total do uso de todas as drogas. No entanto, de um modo geral, havia a tendência a uma flexibilização liberalizante, que norteava grande parte das propostas existentes.

A este respeito, Cattacin (1995) identificou três tipos de atitudes gerais dos países europeus em relação às forças entrópicas ou “desordem” gerada pelas drogas, a saber: 1) Resposta repressiva: intervenção baseada nas forças repressivas e no aparelho judiciário. Modelo tecnocrático. Busca-se eliminar as possibilidades de se drogar, acreditando-se que desta forma irá se resolver o problema. 2) Liberação total: a intervenção terá como objetivo a supressão de todo constrangimento no que diz respeito às toxicomanias. A droga será normalizada e a antiga desordem será vista como nova ordem. Os problemas eventuais surgidos a partir de então serão atendidos através da auto-organização da sociedade. 3) Solução pragmática: considera-se que não existe uma solução definitiva no que diz respeito às toxicomanias em geral e que esta deve ser atendida por um conjunto de programas sociais flexíveis e que possam se adequar a eventuais mudanças (novas drogas, novos hábitos de consumo, etc.).

Esse autor analisou as políticas existentes em seis cidades de países da Europa Ocidental (Frankfurt/Alemanha, Goteborg/Suécia, Lyon/França, Modène/Itália Roterdã/Holanda e Valais/Suíça), definindo modelos (tipos ideais), os quais, embora não existam rigorosamente em nenhum país do mundo, contribuem para se pensar concretamente as políticas públicas existentes na atualidade.

A partir do estudo, verificou-se que as cidades em questão assumiram, em determinados contextos, posturas diferenciadas no que diz respeito à questão da droga. Todavia, nos tempos contemporâneos, a solução pragmática tem sido a mais adotada pelas mesmas e ainda por países de regimes democráticos. Apesar disso, Cattacin et alli (1995) adverte que a opção pela solução pragmática não origina necessariamente políticas semelhantes, muito pelo contrário, tal abordagem pode gerar uma série de respostas

⁴² Quanto a isso, cabe ressaltar que, de forma geral, como bem salienta RODRIGUES (2006), as práticas alternativas não se contrapõem ao proibicionismo, podendo inclusive coexistir com o mesmo desde que este assuma uma modalidade menos radical.

diferenciadas segundo as quais políticos e especialistas ponderem certos aspectos da problemática.

A partir das realidades encontradas na análise das seis cidades europeias, esse autor identificou três modelos de políticas de drogas, os quais exporemos a seguir:

MODELO DE CONTROLE	MODELO SANITÁRIO	MODELO DE REDUÇÃO DE DANOS
<p>Modelo baseado no forte controle do “problema”.</p> <p>Utopia que orienta a política: uma sociedade sem drogas – eliminação da referida substância da sociedade.</p> <p>Objetivo: abstinência, não concebe o apoio à sobrevivência (o uso recreativo ou controlável é inconcebível).</p> <p>Defende as terapias <i>drug free</i> (livre de drogas)</p> <p>Atividades desenvolvidas: prevenção, tratamento, controle/repressão.</p> <p>Forte regulação intrassocietal. A rede é única e ocupa o conjunto dos campos sociais. O poder político controla a toxicomania através da política social, que é ampla e permite suscitar na sociedade uma atitude de apoio aos objetivos da política. O tratamento não é um privilégio estatal sobre a sociedade civil, as organizações privadas são numerosas e organizam-se de forma a atender o objetivo estabelecido pela política geral.</p>	<p>Busca a cura individual numa perspectiva da saúde pública.</p> <p>Defende a abstinência. Abstinência = cura. A desintoxicação aparece como única resposta a ser defendida, enquanto que a ajuda à sobrevivência aparece, num segundo tempo, para os casos extremos não considerados como “ligados” à dependência (exemplo HIV/AIDS).</p> <p>A dependência é uma doença que pode ser curada. Defende as terapias <i>drug free</i> (livre de drogas)</p> <p>Atividades desenvolvidas: fraca prevenção e reinserção social, predomínio das variedades de terapias.</p> <p>As respostas não integram uma política social ampla, mas permanecem restritas ao campo do atendimento. Modelo hierarquizado e predominantemente estatal, fraca participação de atores privados. O Estado parece ser a única instituição capaz de centralizar o desenvolvimento e as tecnologias necessárias (campo médico), definindo estratégias para se combater a dependência. Podem ser realizados em ambientes como delegacias e prisões. Nestes casos, as terapias podem servir de alternativa à prisão. Não se estabelece qualquer relação entre as toxicomanias e os indicadores sociais,</p>	<p>Baseia-se no pressuposto de que a sociedade é plural: a sociedade sem drogas é uma ilusão.</p> <p>Objetivos do modelo: 1) luta contra as consequências da marginalização do toxicômano; 2) luta contra a dependência se o usuário assim desejar, caso busque a renúncia ao uso, trabalhar-se-á tal intento.</p> <p>A dependência de drogas não é considerada uma doença e nem um ato criminoso. Quanto ao tratamento, existe uma oferta diversificada de terapias e cuidados diversificados, respondendo às necessidades dos indivíduos e a problemas particulares.</p> <p>Atividades desenvolvidas: redução da repressão, atenção voltada para a prevenção.</p> <p>As respostas deste modelo são altamente diferenciadas, desenvolvendo-se uma dupla estratégia: <i>hard reduction</i> e <i>normalização</i>⁴³. Modelo flexível e aberto, abarcando grande variedade de serviços e atores. Fazem parte do mesmo o Estado e atores privados, sendo que o setor estatal mantém o papel de <i>incitação</i>, na medida em que as linhas mestras da política e os recursos são estabelecidos por ele. Neste modelo, não há lugar para terapias forçadas e curas impostas, entendendo-se que a solução do problema somente poderá surgir da determinação do sujeito em questão.</p>

⁴³ Cattacin (2004) define as referidas estratégias. Segundo o autor, na estratégia *hard reduction*, a abstinência não é único objetivo da política. Esta aparece integrada a outros objetivos relacionados à redução dos riscos do uso de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas. Trata-se de um modelo aberto em que as respostas são variadas e não percebidas como incompatíveis. Por exemplo: terapias que buscam a abstinência convivem com a distribuição controlada de heroína. Na normalização, o comportamento do usuário, que não é considerado “normal” na sociedade dominante, é tolerado oficialmente.

<p>Do ponto de vista social, a toxicomania é percebida como um desvio individual. A norma referente neste caso não é a perspectiva moralista e sim a da coesão social. A perspectiva a ser atingida é a reintegração à sociedade.</p> <p>O domínio sobre a situação é o elemento principal do controle. A repressão é também uma das fortes manifestações de controle apresentada: a polícia está nas ruas e impede a manifestação do problema.</p>	<p>tais como: desemprego, pauperização e nível educacional.</p> <p>A dependência é formalmente normalizada, ou seja, aparece como “comportamento desviante tolerado” com vistas a evitar a estigmatização.</p> <p>No que diz respeito à repressão, tende a desqualificar o usuário “doente” e concentrar suas forças sobre o traficante. Mas pode fazer uma escolha diferente, criminalizando o usuário “delinquente” e “drogado”.</p>	<p>Há uma aceitação da dependência e do usuário como realidades sociais incontornáveis, buscando combater os problemas e perigos ligados ao consumo abusivo (legais e ilegais) e que podem alterar os estados de consciência. A reinserção não é um sinônimo da abstinência, mas é alcançada com o fim da “marginalização” do usuário.</p> <p>Busca-se combater os problemas e perigos ligados ao consumo abusivo. Neste modelo, o controle e repressão não se voltam contra o toxicômano, mas buscam reduzir riscos ligados a um total acesso às drogas, como, por exemplo, a criminalização do usuário, marginalização, a deterioração do estado de saúde pelo uso de substâncias impuras ou de má qualidade. No que se refere à legislação, há uma tendência progressiva à descriminalização do uso de drogas e, até mesmo, a legalização de alguns produtos como, por exemplo, os derivados da canabis.</p>
---	--	---

Fonte: CATTACIN, S. et AL. **Modèles de politique em Matière de drogue**, Ed. L'Harmattan, Paris, 1996.

Como assinalado anteriormente, não existe uma política de drogas consensual na Europa, todavia, há, de uma forma geral, nestes países, um consenso em torno da adoção de práticas alternativas mais racionais e eficazes, objetivando prevenir os riscos e abuso do álcool e outras drogas. Rodrigues (2006) cita algumas alternativas de políticas antiproibicionistas, adotadas por estes mesmos países, tendo como pilares a despenalização⁴⁴ e/ou a descriminalização⁴⁵ do usuário e a política de redução de danos. Neste trabalho, daremos destaque à estratégia da Redução de Danos, considerando a ênfase dada a mesma na política de drogas brasileira nas últimas décadas.

Segundo Reghellin (2002, p. 74), “o modelo ou estratégia preventiva de redução de danos é uma tentativa de minimização das consequências adversas do consumo de drogas do ponto de vista da saúde de dos seus aspectos sociais e econômicos sem, necessariamente, reduzir este consumo”. A noção de redução de danos teria surgido inicialmente da

⁴⁴ A despenalização é definida por Cervini como “o ato de diminuir a pena de um ilícito sem descriminalizá-lo, quer dizer sem tirar do fato o caráter de ilícito penal” (CERVINE, 1995, p.75).

⁴⁵ A descriminalização retira o *status* de lei criminal daqueles atos aos quais se aplica. Isso significa que certos atos deixam de ser considerados crimes.

substituição de substâncias que diminuiriam o malefício que sobreviria a usuários de drogas. Ganhou notoriedade na década de 1980 em virtude da proliferação do vírus HIV, que aumentou significativamente entre os UDIs. Nasceu da necessidade da regulamentação de medidas preventivas alternativas, que se multiplicaram por diversos países do mundo, sobretudo no final da década de 1980, tais como: os Programas para Trocas de Seringas (PTS), os programas de manutenção de usuários de drogas opiáceas e tratamentos de substituição (a metadona), o treinamento de multiplicadores comunitários.

Posteriormente, esta política passou a incluir programas de apoio e tratamento de pessoas dependentes. A este respeito, Rodrigues (2006) ressalta que a política mais geral possui formas de atuação em várias vertentes, a saber:

- i) educação e informação sobre os riscos aos usuários e à saúde coletiva; ii) distribuição de seringas; iii) acolhimento do dependente e disponibilização de tratamento médico voluntário; iv) criação de narcossalas, ou locais de consumo permitido; v) implementação de programas de substituição, vi) prescrição de heroína a viciados; vii) programas de reinserção social e de melhoria da qualidade de vida dos viciados (RODRIGUES, 2006, p. 70).

Reghellin (2002) destaca que o marco inicial da estratégia da redução de danos em nível mundial foi a I Conferência Internacional, realizada em Liverpool, em 1990. No entanto, o reconhecimento das práticas e saberes em redução de danos somente se deu em 1992, com a III Conferência Internacional, momento em que esta temática passou a atrair a atenção de estudiosos de diversas áreas e também de órgãos renomados no âmbito do proibicionismo, entre os quais, a Organização Mundial de Saúde e a *International Council on Alcohol and Addiction* (ICAA), organização não governamental com atuação direta na Comissão sobre Drogas Narcóticas das Nações Unidas.

A partir de então, a política europeia⁴⁶ de drogas passou a se destacar no contexto mundial e, em 1998, durante a Sessão Especial da Assembleia-Geral da ONU (UNGASS), o Conselho da Europa defendeu, no referido encontro, políticas mais pragmáticas, cientificamente fundamentadas e humanizadas. Dez anos depois, inúmeros países europeus ocidentais (Inglaterra, Holanda, França, Suíça, Alemanha), o Canadá e Áustria já aplicavam concretamente tais políticas, passando a reivindicar maior reconhecimento e autonomia de ação (RODRIGUES, 2006). Nas conclusões da referida sessão da UNGASS, no entanto, prevaleceu o pressuposto proibicionista anteriormente firmado pelas Convenções-Irmãs,

⁴⁶ Termo criticado (pelo fato de não haver um consenso geral entre as políticas de drogas européias), e ao mesmo tempo assinalado por RODRIGUES (2006) devido à importância econômica e política da União Européia enquanto bloco na esfera internacional com influência nos órgãos do sistema internacional de controle de drogas.

colocando ainda como desafio a erradicação da produção e do consumo de drogas do planeta até o ano de 2008, que foi intitulado de “*Um Mundo Livre de Drogas: Nós Podemos Fazê-lo*”. Em 2003, tanto a meta quanto o prazo para atingi-la foram reafirmados pela ONU.

Apesar disso, em recente documento do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência⁴⁷, avalia-se que, de certa forma, na atualidade, já se pode perceber certa flexibilidade em relação à política de drogas da ONU e, até mesmo, uma aproximação do país norte-americano em relação à proposta europeia:

Apesar de os debates nas Nações Unidas terem sido, por vezes, acalorados, refletindo posições políticas e ideológicas arraigadas, também houve indícios de maior pragmatismo e razoabilidade na identificação das medidas que são realmente eficazes. Os EUA, por exemplo, moderaram a sua atitude em relação à distribuição de equipamento de injeção esterilizado para reduzir o risco de infecções transmitidas por via sanguínea, atendendo aos sólidos dados científicos que atestam a eficácia desta medida. Além disso, em declarações políticas recentes, os EUA parecem estar, de um modo mais geral, a aproximar-se do modelo europeu (Relatório: 2009).

Todavia, de forma geral, nas últimas décadas, o que se tem observado é a prevalência da perspectiva proibicionista norte-americana nas últimas conferências das Nações Unidas, o que não ocorreu sem o embate ideológico com a bancada europeia, claramente exposto no *site* da Agência Brasileira de Inteligência (ABIN):

Um encontro internacional da ONU para traçar qual direção os países devem tomar daqui para a frente para combater as drogas ilegais encerrou-se ontem com a aprovação de uma declaração política que deixou vários *países* e ativistas frustrados. O documento foi adotado por consenso e celebrado depois com um "pisco sauer" – drinque típico do Peru [...]

Mas na própria cerimônia de aprovação do texto foi selado o racha entre dois grupos. Um liderado pelos Estados Unidos, favorável a uma linha mais repressiva e dura no combate às drogas. E outro, liderado por europeus, que defendem uma abordagem mais liberal.

No centro da batalha, se encontra uma expressão que não está escrita no texto, mas está na cabeça de muitos: **harm control** (redução de danos).⁴⁸

Entre os países que passaram a adotar estratégias de redução de danos nas últimas décadas em suas políticas de drogas, encontram-se alguns latino-americanos, e o Brasil se inclui nesse grupo. Todavia, essa opção, no caso brasileiro, é bem recente e encontra-se trilhando os seus primeiros passos. Tradicionalmente, o ideário proibicionista sempre reinou

⁴⁷ Vide bibliografia.

⁴⁸ <http://www.abin.gov.br/modules/articles/article.php?id=4057>. Publicado em 13/03/2009 e acessado em 24/12/09.

em nosso país, que buscava seguir as orientações firmadas internacionalmente nas Convenções da ONU.

Conforme anteriormente ressaltado, as alterações no contexto internacional irão influir diretamente nas legislações e políticas públicas em matéria de drogas da maioria dos países ocidentais, entre os quais o Brasil. Estas normatizações poderão assumir, em determinados contextos, posturas ora mais afinadas com o ideal proibicionista, ora mais democráticas. A especificidade da política brasileira de drogas e sua adequação (ou não) às necessidades do público adolescente serão abordadas no próximo capítulo.

3 DROGAS E POLÍTICAS PÚBLICAS: AS CONCEPÇÕES PRESENTES NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA CONTEMPORÂNEA

No capítulo anterior, discutimos a relação entre a adolescência e o uso de drogas, destacando as influências do contexto socioeconômico mundial contemporâneo nas condições de vida da população e estabelecendo novos comportamentos e exigências no que diz respeito às formas de ser e viver a juventude.

Em relação às drogas, estudamos a constituição da política internacional, o predomínio da ideologia proibicionista estadunidense, sua influência sobre a maioria dos países ocidentais e o advento de novas perspectivas a partir da década de 1970, entre as quais a(s) política(s) de drogas europeia.

No presente capítulo, iremos retomar algumas destas reflexões, agora sob a ótica das especificidades do contexto brasileiro. Neste sentido, torna-se relevante lembrar a histórica inserção do Brasil no cenário internacional e sua dependência em relação às nações desenvolvidas (com destaque para os Estados Unidos), tanto em relação aos aspectos socioeconômicos e culturais quanto aos políticos.

As influências do quadro socioeconômico e cultural contemporâneo mundial, aliadas às particularidades internas do Brasil, irão conformar, na conjuntura atual, um cenário excludente e pouco propício à vivência da juventude como fase da vida, configurando um quadro de vulnerabilidade social⁴⁹ e de falta de perspectivas, no qual a expansão da criminalidade (incluindo o comércio ilícito) se fará presente.

Na década de 1990, este cenário foi alvo do temor social e o Estado investiu em políticas públicas para a juventude. Entretanto, a questão das drogas não foi suficientemente abordada. Isso porque, no período em questão, a política de drogas brasileira (refém do proibicionismo norte-americano) caminhou a passos lentos, permanecendo aquém das reais necessidades da população usuária.

Somente nos anos 2000, foi elaborada uma política nacional ampla destinada aos usuários de álcool e outras drogas, a qual, no entanto, nasceu permeada pelos conflitos das perspectivas estadunidense e europeia. Dentro desta discussão, abordaremos as

⁴⁹Segundo Arregui e Wanderley (2009), o conceito de vulnerabilidade social aplicado à área social surgiu na América Latina a partir de finais da década de 1990 para explicar o “saldo social negativo” advindo da adoção do neoliberalismo nestes países. Não existe uma conceituação unânime a respeito, sendo o termo associado às noções de pobreza e risco social.

especificidades da política brasileira de drogas em sua interface com as populações mais jovens, o que será assinalado no capítulo que se inicia e também no vindouro.

3.1 O cenário brasileiro contemporâneo e as perspectivas para a juventude

Neste subitem, trataremos das influências da conjuntura mundial na particularidade brasileira, configurando o atual cenário sociopolítico, econômico e cultural, sob o qual se delineiam as especificidades de ser e viver da juventude no Brasil contemporâneo. Discutiremos, neste contexto, as transformações ocorridas nas últimas décadas e seus reflexos nas condições de vida da juventude brasileira, estabelecendo novos parâmetros e comportamentos relativos a essa população.

Behring e Boschetti (2008, p. 134) analisam a inserção do Brasil no plano internacional no final dos anos 60 e suas consequências para o estabelecimento da política social brasileira. As autoras observam, inicialmente, a “falta de sincronia entre o tempo histórico brasileiro e os processos internacionais”, ressaltando que, enquanto no plano internacional desencadeava-se a “reação burguesa” à crise do capital; no Brasil, em meio a um forte contexto ditatorial, vivia-se o “milagre econômico” pela expansão do “fordismo à brasileira”.

Tais acontecimentos, segundo as autoras, apesar da aparente “falta de sincronia”, caminhavam em sintonia com o projeto de intensa internacionalização da economia brasileira (em sua associação com o capital estrangeiro através do processo de substituição de importações), amplamente conduzido e incentivado pelo Estado, que trouxe como uma de suas consequências o endividamento externo. Em nosso país, diferentemente do que aconteceu na Europa e nos EUA, tais transformações no cenário econômico se deram sem a afirmação de um pacto social-democrata que lhe desse sustentabilidade.

A respeito das consequências deste “milagre econômico” para a população em geral, as autoras ressaltam que, no período em questão, houve um extraordinário crescimento da economia. No entanto, o “bolo” cresceu sem nenhuma perspectiva de divisão futura, o que ampliou a concentração de renda e contribuiu para a crescente disparidade socioeconômica, resultando na exponenciação da questão social nos dias atuais.

Em relação ao trato do “social”, seu enfrentamento se deu através de um “mix” de repressão e assistência, objetivando controlar as forças de trabalho que então despontavam.

Paralelamente a estes acontecimentos, houve uma expansão da cobertura das políticas sociais (estabelecidas em um contexto de perda das liberdades democráticas, censura, prisão e tortura) conduzidas de maneira tecnocrática e conservadora, em que a ampliação dos direitos sociais se deu em meio à restrição dos direitos civis e políticos. Na ocasião, tais políticas eram caracterizadas por seu caráter expansivo e de “modernidade”, através dos quais se obteve adesão e legitimidade social.

Em meados dos anos 1980, o Brasil, recém-saído deste contexto ditatorial, experimentava o processo de transição democrática, presenciando o avanço de uma sociedade civil que, apesar de embrionária, ensaiava sua organização política com grande vitalidade. Tem-se neste período a implantação da Constituição Federal de 1988, que inaugurou no Brasil um novo ordenamento sociojurídico, preconizando a adoção de um modelo de desenvolvimento que se assemelhava ao *Welfare State* europeu⁵⁰. Todavia, conforme anteriormente ressaltado, tal modelo já vinha sendo questionado mundialmente desde os anos de 1970, o que fez com que a Carta Magna brasileira já nascesse na contracorrente da tendência mundial, gerando críticas e incertezas quanto a sua concretização.

A este respeito, Behring e Boschetti (2008) destacam o antagonismo existente entre os pressupostos da política social estabelecida na Constituição de 1988 e suas condições de implementação nas décadas seguintes. Isso porque as conquistas estabelecidas constitucionalmente teriam os seus pressupostos limitados em função do contexto sociopolítico e econômico mundial que influenciaria não só nos aspectos referentes à própria construção das políticas públicas (com a contraditória convivência entre universalização e seletividade, o suporte legal ao setor privado, entre outros), mas também na sua posterior concretização⁵¹.

Para as referidas autoras, o período compreendido entre a década de 1990 e os dias atuais tem sido “de contrarreforma do Estado e de obstaculização e/ou redirecionamento das conquistas de 1988”, com impactos claros para os contornos da política social e as condições de vida da população em geral (2008, p. 147).

Soares (2000) aponta que, em fins dos anos 1980 e início dos anos 1990, os traços do neoliberalismo brasileiro foram se aprofundando, tornando-se mais nítidos, principalmente a

⁵⁰ *Welfare State* ou Estado de Bem-estar social é um tipo de organização política e econômica que coloca o Estado (nação) como agente da promoção social e organizador da economia. Este modelo de Estado se desenvolveu principalmente na Europa, sendo seus princípios defendidos pela social-democracia.

⁵¹ Segundo as autoras, as transformações políticas e econômicas ocorridas em nível mundial no período em questão implicaram um “giro conservador para o neoliberalismo”, dificultando “em muito a implementação real dos princípios orientadores democráticos e dos direitos a eles correspondentes” presentes na Constituição Brasileira de 1988 (BEHRING e BOSCHETTI, 2008, p.145).

partir do lançamento do Plano Real (ainda no Governo Collor) e da eleição de Fernando Henrique Cardoso para presidente em 1994. Neste contexto, a autora destaca os impactos das medidas de “ajuste” sobre as políticas públicas brasileiras, lembrando a tendência de corte dos gastos sociais e afirmando que houve um retrocesso, sobretudo se considerar os avanços ocorridos na Constituição de 1988. Menciona ainda que, paralelamente ao desfinanciamento das políticas universais, redistributivas e equitativas, eram propostas pelos governos, em nível federal, estaduais e municipais, políticas sociais públicas focalizadas, mercadorizadas, emergenciais e descontínuas, em conformidade com os pressupostos do novo modelo sociopolítico e econômico que então se delineava.

Ao falar acerca dos resultados da aplicação do ideário neoliberal nos países latino-americanos (entre eles o Brasil) na década de 1990, SOARES (2000) ressalta que se têm constatado fortes traços de retrocesso social no que tange aos seus indicadores sociais. O aumento da desigualdade social foi enfatizado pela autora que trouxe estatísticas que retratavam a acentuada disparidade na distribuição de renda e a elevação do percentual populacional em extrema pobreza nestes países. As dificuldades em relação ao processo produtivo também são destacadas em virtude das medidas de “reestruturação” e “flexibilização” do mercado, que geraram níveis de desemprego e subemprego insofismáveis na América Latina.

Em relação à juventude, nas últimas décadas no Brasil, a autora observa o aumento do número de jovens que não trabalham e nem estudam e que, conseqüentemente, terão maior dificuldade de ingresso no mercado de trabalho formal, representando um indicador de vulnerabilidade econômica e social dos mesmos e também de suas famílias (considerando as recentes mudanças ocorridas no interior desta instituição como, por exemplo, a fragilização dos vínculos familiares).

Em relação à política educacional brasileira, Rua (1998) aponta para a precariedade da qualidade da mesma destinada aos jovens que ainda “conseguem se manter na escola”, afirmando que o Brasil ocupa um dos últimos lugares no *ranking* do World Competitiveness Report⁵², somente perdendo para os países africanos. Assim, a autora questiona as possibilidades de estes jovens enfrentarem as atuais exigências da reestruturação produtiva no referido contexto, colocando como desafio para o país o desenvolvimento de uma educação voltada para as necessidades dos tempos atuais. A partir desta reflexão, percebemos a

⁵² Anuário de Competitividade Mundial – estabelece uma competitividade entre os países, abordando aspectos de relevância para o desenvolvimento dos mesmos, tais como: trabalho, níveis de industrialização, escolaridade, etc.

reprodução do cenário anteriormente mencionado de falta de possibilidades, perspectivas de futuro e de inserção social para os jovens, principalmente nos países pobres⁵³.

Abramo (1994), ao falar da juventude brasileira na década de 1980, o faz inserindo no contexto sociopolítico e econômico nacional de “transição incompleta” com a saída de um contexto ditatorial para a possibilidade de vivência do Estado de direito. Com o fim da ditadura, ocorreu uma tentativa de reorganização dos movimentos populares, todavia, anos depois, deu-se a constatação de que o ritmo da “transição” seria “lento” e que a “Nova República” em muitos aspectos não passaria de um “continuísmo” se comparada aos governos anteriores, instaurando com isso a sensação de uma “crise de utopias”.

Ainda no início desta década, os jovens sofreriam com o “estreitamento” das possibilidades de uma vida satisfatória através da carreira profissional ou mesmo do desenvolvimento de uma participação ativa nos espaços escolares, de consumo e diversão. Surgiram grupos juvenis organizados em torno do estilo, entre os quais os *punks* e os *darks* (conforme sua melhor ou pior possibilidade de integração social – *punks*: classes trabalhadoras/*darck*: setores médios), centralizados no questionamento de suas possibilidades de esperança em relação a um futuro possível. A crise pessoal e social da juventude no referido período é vista pela autora como “desencanto juvenil com a sociedade e com o futuro”, o que a mesma nomeia de “distopia”. Neste contexto, o uso de drogas é abordado, representando uma “fuga”, “saída” da realidade possível tida como insatisfatória (ABRAMO, 1944, P. 143-144).

No que diz respeito às drogas, tem-se observado no Brasil, nas últimas décadas, a expansão do consumo conforme dados do relatório de 2009 da UNODC. Em relação ao comércio, este vem se desenvolvendo desde meados dos anos de 1980 no Brasil, despontando na década seguinte, segundo Fiori (2005), como um negócio vultoso e de grande relevância estratégica.

Desde a entrada do país na rota do tráfico na década de 1970, o Rio de Janeiro tornou-se um ponto de trânsito cada vez mais importante de exportação de cocaína para os EUA, Europa e África do Sul. Também o consumo no comércio nacional tem estado em ampla expansão, incentivando novos “investidores”. A organização deste “negócio” e a violência ligada ao mesmo no Estado do Rio de Janeiro são apontadas por Dowdney:

⁵³ No caso brasileiro, observamos que a expansão do ideal neoliberal deverá restringir o caráter universal das políticas sociais destinadas a esta parcela da população, tornando suas possibilidades de inserção social ainda mais restritas.

Devido em grande parte ao lucro instantâneo da cocaína, o mercado varejista da droga no Rio foi reestruturado nos anos 80 em termos de escala, de organização e de uso da violência como instrumento aceitável, com o objetivo de alcançar metas econômicas e manter a disciplina interna. A violência relacionada com a droga e com disputas territoriais entre facções rivais pode ser considerada o principal fator para o aumento em 140% de mortes provocadas por armas curtas na cidade, entre 1979 e 2000. Hoje, no Rio, o tráfico existe sob a forma de grupos armados, ou facções, que submetem as comunidades das favelas urbanas aos seus interesses políticos e econômicos por meio da dominação territorial ou paramilitar (DOWDNEY, 2003, p.21-22).

De fato, a organização deste “novo” negócio não se difere dos demais comércios lícitos, visto que o mesmo se encontra perfeitamente harmonizado com os preceitos capitalistas. Dowdney (2003), ao analisar a referida atividade no Rio de Janeiro, encontrou nas favelas uma estrutura complexa e altamente organizada⁵⁴, a qual poderia abranger variada população (sendo realizada inclusive por crianças e adolescentes), visto que, para os “trabalhadores” não é exigida nenhuma “qualificação profissional”. Além disso, tem-se como incentivo os salários, que o autor afirma ser em média cinco vezes mais altos que o mínimo mensal nas categorias mais baixas.

Neste contexto, não raro se aborda a questão do uso/abuso de drogas ilícitas entre a juventude, relacionando-a com a expansão da criminalidade. A este respeito, Lima e Paula (2006) revelam que, embora o mercado da droga e o uso indiscriminado da arma de fogo tenham alterado as características da criminalidade (com o incremento dos crimes de maior teor ofensivo), a associação entre juventude e violência faz com que tais alterações sejam percebidas na maioria das vezes como consequências da “rebeldia” e “inconstância” próprias desta faixa etária. Esta associação, segundo os autores:

[...] reduzia (e ainda reduz) o fenômeno da criminalidade urbana a questões privadas ou familiares, a casos individuais em que a necessidade de contestação, a irresponsabilidade e a inconstância da juventude escapavam aos parâmetros da autoridade familiar exemplar e excediam em muito os limites socialmente dados. No entanto, e para além de causas individuais isoladas, as novas configurações da criminalidade urbana, principalmente a partir da década de 1980, evidenciam a consolidação de eixos socializadores conflitivos e cerceadores que transferem para os indivíduos, em particular os jovens pobres, o ônus dos problemas sociais de seu contexto (LIMA & PAULA, 2006, p.97).

⁵⁴ São categorias de “trabalhadores” do comércio ilícito nas favelas do Rio de Janeiro segundo Dowdney (2003, p. 49-53): “dono”, “gerente-geral”, “subgerente”, “gerente de boca”, “soldado”, “fiel”, “vapor”, “olheiro” e “endoladores”. Tais atividades envolvem desde a organização da mercadoria e do comércio até a segurança dos pontos de venda. A maioria das funções existentes, exceto o dono e o gerente, pode ser desempenhada por crianças e adolescentes e são analisadas pelo autor com detalhes em seu livro *Crianças do Tráfico: Um estudo de caso de Crianças em Violência Armada Organizada no estado do Rio de Janeiro*.

A década de 1980 marcou, segundo Lima e Paula (2006, p. 97), “uma ruptura na história de criminalidade”⁵⁵, muito mais pela introdução das armas de fogo (fruto do aumento da produção nacional nesta década) do que pelo contrabando (que em seu maior número fazia uso de armas de produção nacional). Ocorreu neste período o declínio da figura do “malandro” e a ascensão da imagem do “bandido”, com arma de fogo em punho e que havia “optado” pelo tráfico como “meio de vida”.

Como resultado disso, vemos uma juventude criminalizada, não somente pelo comércio de drogas e outras atividades ilícitas que veem nessa população a possibilidade de terem seus lucros avultados, mas também pela própria sociedade, conforme expresso por Batista (2003):

O estereótipo do bandido vai-se consumando na figura de um jovem negro, funkeiro, morador de favela, próximo do tráfico de drogas, vestido com tênis, boné, cordões, portador de algum sinal de orgulho ou poder, e de nenhum sinal de resignação ao desolador cenário de miséria e fome que o circunda. A mídia, a opinião pública destacam seu cinismo, sua afronta. São camelôs, flanelinhas, pivete, e estão em toda parte, até em supostos arrastões nas praias. Não merecem respeito ou trégua, são os sinais vivos, os instrumentos do medo e da vulnerabilidade, podem ser espancados, linchados, exterminados ou torturados. Quem ousá-los incluir na categoria cidadã estará formando fileiras com o caos e a desordem, e será também temido e execrado [...] (BATISTA, 2003, p. 36).

Neste contexto, observa-se o impacto do empobrecimento e da nova criminalidade, sendo as relações comunitárias e geracionais grandemente afetadas. Trabalho e criminalidade passam a coexistir entre as possibilidades de socialização dos jovens pobres, os quais, em sua transição para a fase adulta, são permeados pelas exigências desta nova etapa da vida, apresentando dificuldades em se adequar aos padrões e valores do mercado de trabalho devido à “impossibilidade estruturalmente dada pela pauperização de exercer plenamente a função de provedor” (LIMA e PAULA, 2006, p. 98).

Com a conseqüente perda do sentido do trabalho, instaura-se um conflito entre a ética do provedor e uma concepção negativa do trabalho, que associa à escravidão, e se abre o caminho para a valorização da criminalidade e suas promessas de ganhos fáceis e imediatos. Além disso, a socialização pelo eixo da criminalidade torna-se atrativa pela reviravolta que produz na relação

⁵⁵ A expressão “Ruptura”, no texto de Lima e Paula (2006) significa uma mudança brusca em relação aos padrões anteriormente estabelecidos como criminalidade, alterando substancialmente suas características, com o agravamento de seu padrão ofensivo para a vida humana pela introdução de novos elementos, como, por exemplo, as armas de fogo.

hierárquica entre gerações, pois, com a fácil aquisição de armas pelos jovens, as gerações mais velhas terminam por serem submetidas às regras dos jovens que deveriam formar (LIMA e PAULA, 2006, p. 98).

Lima e Paula (2006) criticam a associação ingênua entre “juventude”, “drogas” e “criminalidade”, decorrente, sobretudo, do aumento, nos anos de 1990, da participação de jovens (entre 15 e 24 anos) nos crimes considerados violentos (seja como autores ou vítimas). A referida associação, segundo os autores, parece mistificar a discussão, desconsiderando outros fatores decisivos na produção da violência urbana no contexto da sociedade brasileira, tais como: o alto consumo de bebidas alcoólicas, o padrão elevado de litígios sociais, o fácil acesso às armas de fogo, entre outros.

Apesar de mencionarem que o uso de drogas pode potencializar os atos violentos praticados por jovens (e também adultos), seja pelos efeitos que tais substâncias produzem em seus usuários, seja pelas relações sociais que a permeiam; Lima e Paula (2006, p. 93) ressaltam ainda que as explicações simplificadas e reducionistas presentes na equação “drogas ilícitas mais juventude é igual à violência”, usada isoladamente, deixam de englobar fatores relevantes para a compreensão da questão, reforçando a imagem da juventude como “fonte de temor”.

Para os referidos autores, o envolvimento dos jovens com a criminalidade violenta resulta de um conjunto de fatores interdependentes (a história da juventude no Brasil, a alta impunidade, a corrupção dos operadores do sistema da justiça criminal, a violência policial, o desrespeito aos Direitos Humanos, entre outros), que interferem na estrutura das relações de forças, eixo de classes, estratificação econômica e social, ressaltando, neste ínterim, a incapacidade do Estado em lidar com esta questão.

Não se pode deixar de destacar ainda, neste contexto, o relevante papel assumido pela mídia e seus apelos consumistas sobre a juventude em geral (valorização de padrões estéticos e de consumo dos setores mais abastados da sociedade), trazendo a necessidade de “novos” bens e mercadorias “descartáveis” ao universo jovem, através da valorização do “ter” em detrimento do “ser”.

Neste sentido, autores como Conte et al (2007) apontam que esta incitação desenfreada pelo consumo em contextos de extremas desigualdades sociais e dificuldades de inserção no mundo produtivo tem fortalecido a cultura da criminalidade, a qual tem sido vista como “atalho” para a mobilidade social diante da falta de respostas do Estado e perspectivas sociais formuladas para a juventude. Assim, o ingresso no comércio ilícito aparece nesse contexto como possibilidade, em meio a tantas “faltas de alternativas” de, não só de conseguir

um “trabalho”, mas também “ter dinheiro”, “ajudar a família”, comprar “o tênis de marca que passa na televisão”, “ser importante”, ter “status”, “impressionar a namorada”, etc.

Dowdney (2003), falando acerca dos motivos que atraem crianças e adolescentes para o trabalho no comércio ilícito nas favelas do Rio de Janeiro, destaca:

1) as poucas possibilidades de emprego para adolescentes e jovens

O tráfico tem se tornado cada vez mais acessível para crianças e adolescentes desde o início dos anos 80 e mais atraente em razão da ausência de possibilidades alternativas de emprego, de ascensão social, de *status* e de dinheiro (DOWDNEY, 2003, p.101).

2) a maior aspiração por bens de consumo:

A exigência das crianças de participar da crescente cultura do consumo aumentou com o surgimento de comerciais mais sofisticados na televisão e com campanhas de *marketing* dirigidas a uma população sempre mais jovem. O número de televisões nas favelas aumentou desde os anos 70, ajudando a facilitar uma aspiração crescente por bens materiais entre os pobres. Crianças e adolescentes das favelas têm muita consciência das metas de consumo da sociedade, mas, tendo pais pobres e poucas possibilidades de emprego, têm poucos meios de concretizar essas metas. O tráfico propicia um meio acessível de chegar a esse fim. A importância crescente que as crianças e adolescentes das favelas dão à compra de bens de consumo é suficiente para que muitos achem que vale a pena arriscar sua vida ou matar para satisfazer seus desejos (DOWDNEY, 2003, p. 101- 102).

Na década de 1990, Cassab (2003) destaca a repercussão midiática dada a alguns atos de violência atribuídos à juventude (envolvendo ou não a temática da drogadição), estabelecendo-se assim um anseio geral da população em torno de ações governamentais destinadas a este público específico. Desta forma, a autora aponta que houve, nesta última década do século XX, o incremento da ação do Estado Brasileiro por meio de políticas sociais destinadas ao público jovem. A mesma aponta algumas razões para este fato, dentre as quais: o considerável aumento da população jovem, o agravamento da crise urbana, o enfraquecimento do Estado e a corrupção acentuada, a pauperização aliada à minimização dos serviços públicos e as mudanças ocorridas no mundo do trabalho.

Outro aspecto que merece ser destacado neste período se refere à luta dos movimentos sociais organizados em defesa da infância e da juventude, que se delineava desde a abertura democrática e alcançou sua expressão maior no âmbito jurídico na regulação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990. A articulação de instituições de direitos humanos,

ONGs, Igrejas, entidades filantrópicas, grupos estudantis, sindicatos e, em especial, o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua, representou um grupo heterogêneo que se reuniu em torno da construção desta política voltada especificamente para os interesses das crianças e dos adolescentes. A referida legislação estabelecia como prioridade, por parte da sociedade e do poder público, assegurar os direitos da infância e da juventude brasileiras, garantindo a precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública, a preferência na formulação e na execução de políticas sociais, além da destinação privilegiada de recursos públicos.⁵⁶

Rua (1998), ao dissertar acerca das características assumidas pelas políticas públicas voltadas para a juventude nos anos 1990, cita algumas delas, entre as quais: a fragmentação – as políticas não se articulam entre si, existindo “linhas rígidas” que determinam a área de atuação de cada uma delas; a competição interburocrática – em decorrência dela, ocorre uma verdadeira competição entre as diversas políticas, havendo, por vezes, superposição entre as mesmas e, conseqüentemente, desperdício de recursos; descontinuidade administrativa – inexistem concepções consolidadas nas instituições, sendo as mesmas fortemente influenciadas pelas preferências singulares de seus líderes; as decisões e ações são pensadas a partir das ofertas e não das demandas efetivas da população; em geral, dá-se pouca importância à fase da implantação se comparada à formulação/decisão; a hegemonia do economicismo com a desarticulação entre as áreas econômica e social; a falta de “focalização”.⁵⁷

Cassab (2003) também aponta as características destas políticas na referida década, destacando seu

[...] caráter compensatório, fragmentado e focalizado⁵⁸, resultando em grande precariedade. Há uma ausência de articulação, acompanhamento e avaliação dos programas federais, sendo dispersos na sua formulação, execução e dotação orçamentária. O que se observa a partir daí é um grande número de projetos e programas governamentais setoriais, alguns executados diretamente pelo governo federal, outros por parcerias com municípios e ONG's [...]. A própria concepção destas ações no governo federal nunca chegou a se constituir a partir de um corpo de definições políticas estratégicas com objetivos claros e articulados, passíveis de ser desdobrados em várias iniciativas diferentes, porém com unidade de princípio e

⁵⁶ Lei 8.069, de 13 de julho de 1990 – Artigo 4º.

⁵⁷ Cabe ressaltar que a autora, ao utilizar o termo “focalização”, não o faz no sentido atribuído pelo Consenso de Washington (o qual se constitui em ameaça às políticas sociais universais), e sim, visando a uma distribuição dos recursos segundo necessidades sociais, setoriais, locais e regionais específicas, além da possibilidade de definição de clientela prioritárias, como é o caso da juventude.

⁵⁸ Neste caso, a autora usa o termo *focalizado* de acordo com o sentido atribuído pelo Consenso de Washington, ou seja, limitando o caráter universal da política.

perspectiva de ação comum. Desse modo, a política para jovens não foi pensada no Estado Brasileiro fora da perspectiva de políticas compensatórias e focalizada⁵⁹ através de algumas ações fragmentadas (CASSAB, 2006, p. 157-158).

Em um contexto de forte clamor popular por ações governamentais destinadas à juventude, o conteúdo das políticas públicas irá refletir a percepção social desta parcela populacional como “violenta” (conforme descrito anteriormente), o que se deu paralelamente às discussões realizadas em defesa dos direitos da criança e do adolescente por ocasião do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) nesta mesma década.

Assim Cassab (2003) destaca que, neste período, a maioria dos programas eram norteados pela perspectiva do “controle social” da juventude, como uma “classe perigosa”, objetivando, desta forma, a resolução de um “problema”. O público-alvo destas políticas ia se delineando em torno dos jovens pobres, moradores das periferias das grandes cidades, os quais eram tidos como naturalmente agressivos. A autora destaca ainda que muitos destes programas exigiam uma “contrapartida” por parte dos usuários que, por vezes, se configurava mais em uma norma estritamente burocrática (como, por exemplo, frequência escolar), do que uma interação entre os jovens e a instituição executora da política social, visto que tais ações eram “impregnadas por uma lógica de formação para subalternidade, sem romper com os lugares sociais que estão indicados para eles [os jovens]” (CASSAB, 2003, p.157). A este respeito Sposito (2008) ressalta que

[...] é inegável que, de modo geral, os jovens na sociedade brasileira ainda são tematizados como problemas sociais – os problemas da violência, do consumo de drogas e do desemprego aparecem como focos privilegiados destas imagens. [...] Algumas propostas apoiam-se em mecanismos estritos de controle social, na esteira do período autoritário, mas com destino diverso quanto ao público. Não mais seriam os estudantes, oriundos das classes médias, potenciais ameaças pelo caráter contestador de sua ação. Neste momento, o interesse se desloca para os jovens pobres, marginalizados das periferias das grandes cidades. Muitos dos programas sociais a eles destinados encerram nítidas dimensões de contenção de um possível comportamento violento e disruptivo (SPOSITO, 2003, p. 62-63).

Em seu artigo, esta mesma autora ressalta que as políticas para a juventude tendem a espelhar, ainda que não exclusivamente, o conjunto de percepções sociais acerca do que é ser jovem, estabelecendo suas demandas e necessidades. Estas percepções sociais, no entanto, são objeto de disputas no interior da sociedade pelos diversos grupos sociais que falam em nome

⁵⁹ Idem.

destes atores sociais ou ainda pelos mesmos, que falam em nome próprio, os quais também são heterogêneos.

Em relação às políticas para jovens, Sposito (2003) lembra, entretanto, que “[...] não é possível desconhecer que orientações no campo da política pública podem conformar novas percepções e criar impactos sobre a sociedade, o que abre margem para o caráter ativo destas ações de ruptura com as visões que apelam para imagens estereotipadas sobre jovens” (SPOSITO, 2003, p. 63).

Neste sentido, a luta da sociedade em torno dos direitos da infância e da adolescência e as conquistas expressas no novo ordenamento jurídico-legal contribuíram e ainda podem contribuir para a construção de um novo significado para esta fase da vida, “ancorada em uma concepção plena de direitos e em contraposição às imagens dominantes que atribuíam às crianças pobres uma condição de existência inferior; pois a elas a atribuição depreciativa incidia sobre a sua condição de ‘menor’, ‘infrator’ ou ‘delinquente’” (SPOSITO, 2003, p. 63).

Entretanto, a autora ressalta que, apesar dos avanços em relação à legislação específica, as novas orientações legais continuam permeadas por um campo de intenso conflito, visto que as concepções anteriormente firmadas passam a coexistir com as novas, impondo limites às conquistas, o que, de certa forma, dará o tom das modernas políticas sociais voltadas para este público particular.

No que diz respeito ao conteúdo das políticas sociais voltadas para a juventude nesta última década do século XX, Cassab (2003) destaca a priorização das temáticas da sexualidade e escolarização, tendo em vista as preocupações firmadas no final do século XX em relação a este segmento social, como, por exemplo, a expansão do vírus HIV, a gravidez na adolescência e a concorrência no mercado de trabalho. A questão da drogadição, segundo a autora, foi pouco abordada em relação neste contexto. Aceselrad (2003), ao falar da política de drogas de forma geral (não abordando a questão da adolescência), ressalta que a mesma historicamente não obteve prioridade em sua formulação no Brasil, sendo tratada mais sobre a ótica da repressão, associando o usuário à cultura da criminalidade. É sobre esta política que trataremos a seguir.

3.2. O Brasil: legislações e políticas públicas em matéria de drogas

Ao falarmos em legislações e políticas públicas em matérias de drogas no Brasil, vislumbramos a necessidade, inicialmente, de desenvolver os conceitos de legislação (lei) e políticas sociais públicas em sua acepção mais geral, a fim de que possamos apreender como se dá essa interconexão no contexto brasileiro:

Lei (do verbo latino ligare, que significa ‘aquilo que liga’, ou legere, que significa ‘aquilo que se lê’) “emana da sociedade, por seus instrumentos e instituições destinados a formular o Direito, refletindo o que a sociedade tem como objetivos, bem como suas crenças e valorações, o complexo de seus conceitos éticos e finalísticos”⁶⁰. Nos países democráticos, é resultante de todo um processo político, sendo sua constituição geralmente precedida de ampla participação e mobilização popular. Após os trâmites necessários para sua efetivação (iniciativa da lei, discussão, votação, aprovação, sanção, promulgação, publicação e vigência da lei), esta nem sempre se concretiza no organismo social, em virtude das mais diversos fatores (entre os quais, mudanças na orientação política e o privilegiamento do aspecto econômico). É resultado de pressões e disputas no interior da sociedade. Tende a não acompanhar as transformações ocorridas no tecido social devido à rapidez da dinâmica societária, tornando-se frequentemente obsoletas e exigindo reformulações permanentes.

Pelo termo política social, Behring e Boschetti (2008, p. 36) definem como sendo “processo e resultado de relações complexas e contraditórias entre Estado e sociedade civil, no âmbito dos conflitos e lutas de classes que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo”. Visa à aplicação de normas e direitos previamente conquistados (resultantes de lutas e mobilizações sociais), visando assegurar as garantias estabelecidas nas legislações sociais. No que diz respeito à relação lei e política social, observamos que a lei nem sempre implica a constituição de uma política social, todavia, esta última quase sempre depende de uma legislação que a oriente.

Ao falar do estabelecimento das legislações e políticas públicas de drogas no continente latino-americano, Rodrigues (2004) disserta acerca do desenvolvimento do modelo burocrático e administrativo de Estado nas primeiras décadas do século XX no referido continente, que trouxe consigo o aumento da interferência estatal sobre a vida e a conduta das populações. No que diz respeito às drogas, o autor ressalta que tais substâncias passaram a ser

⁶⁰ MIRANDA ROSA. *Apud* João Baptista Herkenhoff. *Direito e Utopia*. Editora Acadêmica, 1993, p. 20.

controladas, tendo reprimido o seu comércio, fabricação e uso. No referido contexto, a sociedade civil era encampada pelo aparato burocrático-sanitário estatal⁶¹ que então se configurava.

O autor, em seu texto analisa o percurso da legislação antidrogas em quatro Estados latino-americanos: México, Argentina, Colômbia e Brasil, dado as peculiaridades no desenvolvimento de ordenamentos jurídicos proibicionistas e pelo destaque que tais países assumiram no cenário do tráfico de drogas, principalmente a partir dos anos de 1970:

o México será importante produtor de maconha, via de acesso fundamental da cocaína andina ao mercado norte-americano, palco para importantes organizações narcotraficantes e trampolim para ações estadunidenses na luta contra o tráfico e no apoio clandestino aos Contras nicaraguenses na década de 80. A Argentina, preocupação tradicional dos internacionalistas brasileiros, colocará consultores militares a serviço dos Contras e da narcoditadura boliviana de Garcia Meza, em 1980. A Colômbia será o epicentro do narcotráfico americano dos anos 80, ambiente em que cresceriam as organizações do setor oligopólico da economia narcotraficante, alvos primordiais da guerra às drogas norte-americanas. O estudo do caso brasileiro se justifica, além do relevo alcançado pelo país na economia do narcotráfico, pela preocupação em analisar em que bases foram articuladas a proibição às drogas e a governamentalização do Estado referente ao estabelecimento ao combate ao tráfico e ao consumo de drogas como estratégias de gestão dos corpos e controle social (RODRIGUES, 2004, p. 94).

Em nossa dissertação, restringir-nos-emos às peculiaridades do contexto brasileiro, tendo em vista os objetivos de nosso estudo. A análise da política proibicionista no Brasil foi realizada em três momentos, considerando as transformações ocorridas em nível internacional e nacional que influenciaram no âmbito das legislações e políticas de drogas deste país. São eles: o início da legislação proibicionista (1851 – 1970), o período da abertura democrática (décadas de 1970 e 1980) e o contexto atual (1990 em diante)⁶².

⁶¹ O estudo da construção das políticas públicas na América Latina perpassa a temática da burocracia como forma de administração estatal. Na área da saúde, pode-se falar na configuração de um aparelho burocrático-sanitário estatal que influenciará na caracterização das políticas de saúde atuais – seu perfil, seu conteúdo institucional e o caráter de sua intervenção social são resultantes do processo histórico constituído por complexas inter-relações entre sociedade civil e Estado. A burocracia sanitária constitui uma arena política na qual se dirimem questões problematizadas e colocadas pela agenda socialmente vigente.

⁶² Rodrigues (2004) também realiza a análise da política de drogas brasileira, dividindo-a em três momentos, os quais se aproximam dos realizados nesta dissertação.

3.2.1. O início da legislação proibicionista no Brasil

Considerando o exposto no subitem anterior acerca da conceituação de legislações e políticas públicas, assinalamos que, neste período inicial (compreendido entre 1851 e meados da década de 1970⁶³) de contextualização da questão das drogas no Brasil, não falaremos em políticas sociais públicas em matéria de drogas, mas sim em legislações (o que justifica o subtítulo deste ponto), tendo em vista que a questão das drogas não se configurará, neste contexto, em preocupação que justifique a adoção de ações públicas delineadas pelo ente estatal. Assim, prosseguiremos apontando as principais legislações surgidas neste cenário, as quais assumirão prioritariamente contornos médico-psiquiátricos e repressivos.

Segundo Rodrigues (2004), a preocupação inicial do Governo brasileiro com as drogas se deu em 1851 com a normatização da matéria ainda no Regulamento Imperial, que instituía a polícia sanitária e disciplinava a venda de medicamentos. Não havia, neste contexto, nenhuma referência explícita à proibição⁶⁴ da fabricação ou consumo de drogas, apenas recomendações legais estabelecidas nas antigas Ordens Filipinas de que ninguém deveria ingerir ou vender substâncias “venenosas”.⁶⁵ De forma geral, as drogas eram tidas como substâncias que representavam uma “ameaça” à saúde coletiva e individual, o que será preservado nas legislações posteriores acerca da matéria.

No Código Penal de 1890, primeiro da República, passa a ser considerado crime contra a saúde pública a venda ou ministração de substâncias venenosas sem “legítima autorização” estatal. A partir de então, o Estado toma dianteira na construção da “sociedade disciplinada”, estabelecendo as normas de controle sanitário. Nas primeiras décadas do século XIX, ocorre a progressiva institucionalização do saber médico pela promulgação dos códigos sanitários, através dos quais o Estado torna-se “receptáculo legítimo do saber médico-científico e, portanto, único ente autorizado a regulamentar a venda de drogas e as políticas de saúde públicas” (RODRIGUES, 2004, p.128).

⁶³ A partir da década de 1980, observam-se os protótipos das políticas de drogas no Brasil, como, por exemplo, a criação dos Conselhos de Entorpecentes e a organização do Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados ao Consumo do Alcool (Pronal).

⁶⁴ De certa forma, a normatização em matéria de drogas configurar-se-á no primeiro passo para a proibição da substância, tendo em vista que estabelece um “controle” em relação a mesma. Este “controle” posteriormente seguirá normas acordadas sob a orientação de organismos e entidades internacionais, que assumirão a perspectiva proibicionista.

⁶⁵ Por venenoso entendia-se todo e qualquer tipo de material (drogas estupefacientes ou simplesmente tóxicas) que pudessem produzir mudanças no comportamento humano ou a morte, ainda que sem alterações comportamentais.

Assim, o Estado passa a interferir diretamente no mercado de drogas legais, estabelecendo o estamento médico do monopólio das receitas, ao mesmo tempo em que assume toda a autoridade para a fiscalização da relação médico-paciente, punindo o excesso de ambos. Inicialmente, tal “crime” não receberia tratamento severo, visto que a pena aplicada não incluía prisão ou cassação de licença profissional, e sim multa⁶⁶.

Nos primeiros anos do século XX, a elite cafeeira, nutrida por ideais progressistas e influenciada por hábitos europeus, não tardou a conhecer a “moda” dos costumes “chics” que envolvia o uso de substâncias que traziam alterações ao comportamento, ou seja, os “venenos elegantes”. Em 1910, o uso de tais substâncias (principalmente éter, lança-perfume, ópio e cocaína) era restrito aos intelectuais, profissionais da saúde (que tinham a facilidade do acesso) e prostitutas, sem maiores impactos sociais. O uso de drogas representava o questionamento ao racionalismo desenvolvimentista e eurocêntrico, seus valores morais, éticos e sanitários.

Fiori (2005, p. 265) destaca, ainda com relação às primeiras décadas do referido século, a ocorrência de mudanças no panorama social: “quando as concentrações urbanas passam a ser vistas como propícias ao desregramento, à doença e ao vício. A prostituição, o alcoolismo, a vadiagem e as doenças venéreas significavam obstáculos para o progresso sadio da sociedade brasileira”. Neste período, algumas iniciativas de saúde pública seriam aplicadas de modo geral sobre a população, através de campanhas de vacinação e higienistas.

Em relação ao uso de drogas, Rodrigues (2004) destaca que este permaneceria até fins da Primeira Guerra Mundial restrito aos prostíbulos finos e fumeries sofisticadas, entre as parcelas mais ricas da população, sendo muito pouco afetadas em relação à repressão.

As drogas, todas importadas, eram geralmente usadas segundo um ritual que incluía seringas esmaltadas de prata ou ouro, estojos de couro e toda uma parafernália de equipamentos correlatos. Os “hábitos luxuosos” eram considerados, pela grande imprensa paulistana, como sinal dos tempos, consequência do desânimo proporcionado pela desestimulante vida produtiva moderna, que levava jovens abastados e entediados a se entregarem aos prazeres do vício (RODRIGUES, 2004, p.130).

⁶⁶ Início do proibicionismo brasileiro: a substância passa a ser controlada pelo Estado e seu uso indevido/não-autorizado é criminalizado. Conforme vimos no capítulo anterior, os EUA e os países signatários nas Convenções Internacionais em matéria de drogas estabeleceram a classificação das substâncias em duas categorias: “legais” e “ilegais”, de acordo com os interesses políticos envolvidos. As ditas “legais” poderiam ser comercializadas sob o controle estatal, as “ilegais” tinham seu uso proibido. Por detrás das substâncias legalizadas, estava o interesse das indústrias farmacêuticas que se despontavam no referido contexto.

Era proibida a venda de drogas psicoativas, no entanto, o receituário médico facilitava o acesso às mesmas por meio de profissionais de saúde que falsificavam receitas ou desviavam remédios sob sua responsabilidade. Este era o “tráfico” da época, não existindo fabricação clandestina de drogas, todas as substâncias eram obtidas através dos grandes laboratórios europeus e norte-americanos. Neste período, as indústrias farmacêuticas inundaram o comércio legal e ilegal da época, prometendo vitalidade, felicidade e energia.

Paralelamente a isso, deu-se a perda da autonomia médica para receitar medicamentos, visto que, na medida em que o Estado regulamentava a prescrição e uso de drogas, os profissionais de saúde deveriam seguir tais orientações, restringindo sua liberdade de receitar em troca da exclusividade da autoridade sobre as substâncias controladas. As drogas em geral (morfina, heroína, ópio, éter e cocaína) não eram proibidas, uma vez que tinham qualidades medicinais reconhecidas pela medicina e pelo Estado, no entanto, só podiam ser ministradas quanto tivessem o “uso recomendado”. O uso hedonista, a livre venda e consumo eram proibidos, entretanto, aconteciam em pequena escala para suprir os círculos elitistas elegantes.

Rodrigues (2004) afirma que a questão da regulação das drogas não permaneceu restrita à área médica e estatal. Esta veio a público através da imprensa de São Paulo e do Rio de Janeiro, que publicavam com insistência casos de “desgraças” relacionadas ao uso de drogas, defendendo a moralidade e a saúde pública. Foram noticiadas as medidas internacionais de controle das drogas tomadas na Convenção de Haia, em 1912, que lançavam campanhas contra tal uso, associando-o a degradação moral e física do indivíduo.

Com efeito, alguns artigos e jornais reivindicavam, antes da Primeira Guerra Mundial, a efetiva implantação do Código Sanitário do Estado de São Paulo de 1911, que previa a fiscalização rigorosa de farmácias e hospitais a fim de limitar os desvios de drogas para o dito “mercado negro”. Este novo Código vinha substituir o Código Nacional de 1890 e criava a Polícia Sanitária (cujo objetivo era vigiar hospitais, farmácias, etc.), estabelecendo a venda desautorizada de “venenos” como um atentado à saúde pública. Não se criminalizava o uso em si, mas a venda para fins “não terapêuticos”.

No contexto internacional, o Brasil participou da Convenção de Haia⁶⁷, assinando o documento em 1914. As resoluções foram internalizadas por meio do Decreto Federal n. 11.481, de 10 de fevereiro de 1915, que previa a adequação do país aos pressupostos estabelecidos na referida convenção. A princípio, isso não se deu de imediato. No entanto, a partir de 1918, tornaram-se maiores as pressões em relação à incorporação dos pressupostos

⁶⁷ Cabe lembrar neste contexto a posição do Brasil no contexto internacional e sua submissão ao país norte-americano, o que também se repetiria na política internacional de drogas.

da referida convenção no país devido aos tons das campanhas apregoadas pela mídia que associavam o uso de drogas não mais aos casos exóticos restritos às páginas policiais, mas a “comportamentos psicopatológicos”.

A imprensa acusava o Governo de omissão em relação à disseminação do uso de drogas, exigindo a aplicação de normas mais rígidas. Também nos meios partidários da República Velha, os movimentos sociais delineavam-se em torno de reivindicações antidrogas, oriundas de várias “Ligas” ou “lojas” de temperança que defendiam a “regeneração do Brasil” através do “combate aos vícios modernos” (narcóticos) e “antigos” (álcool e tabaco), entre outros.

As campanhas antidrogas surgidas de uma forma geral não defendiam a punição aos usuários (em geral rapazes aristocráticos), mas a perseguição aos fornecedores (principalmente profissionais da saúde) e aos “antros do abastamento dos costumes” (prostíbulos e casas de jogos). Havia, neste contexto, a diferenciação entre os moços e moças aristocráticos, “vítimas”, “desviados” e os profissionais/comerciantes “criminosos” e “inescrupulosos”.

Ao final da década de 1910, houve a extensão do consumo de substâncias psicoativas também para outros estratos da camada social, modificando os apelos feitos pela imprensa em geral, que exigiam a adoção rápida de medidas repressivas, na tentativa de evitar a proliferação de tais substâncias entre as “classes laboriosas”. A preocupação dos moralistas em relação a esta última classe referia-se à possibilidade de um “profundo desequilíbrio social”.

Segundo Behring e Boschetti (2006), quanto ao Brasil, no que se refere ao período até esta primeira década do século XX, não se pode falar da existência de políticas sociais, devido às características socioestruturais do nosso país que não acompanhou o tempo histórico de desenvolvimento dos países centrais. Desta forma, não houve, no século XIX, uma radicalização das lutas operárias com a constituição da classe operária em classe para si, com partidos e organizações fortes.

As primeiras legislações de cunho social surgem em 1888, com a criação da caixa de socorro para a burocracia pública, e em 1889, com a extensão do direito de pensão e 15 dias de férias para os funcionários da Imprensa Nacional. A questão social, que já se fazia presente em nosso país, somente será colocada como “questão política” após a década de 1910, devido à radicalização das lutas dos trabalhadores e às iniciativas de legislações voltadas para o mundo do trabalho. Ocorrerá, na passagem do século XX, a formação dos primeiros sindicatos, sob a influência de imigrantes anarquistas e socialistas europeus. Desta forma,

observa-se, para além da justificativa da “proliferação das drogas entre as classes laboriosas”, que existia uma preocupação por parte das elites com a maior organização da referida classe, que deveria, portanto, ser reprimida.

Rodrigues (2004) afirma que, na década de 1920, o Estado encontrou um terreno fértil para o reforço normativo antidrogas devido à pressão dos órgãos da imprensa, das agremiações moralistas, do aumento do uso de drogas entre as classes mais pobres e à pressão norte-americana para que o país efetivasse sua adesão à Convenção do Ópio, assinada em Haia/Holanda.

Neste contexto, é promulgada pelo Congresso Nacional a Lei Federal n. 4.294, em 14 de junho de 1921, que estabelecia medidas penais mais rígidas para o comerciante ilegal, fortalecia a polícia sanitária e reafirmava o uso legal de substâncias psicoativas para uso terapêutico. Tal legislação atualizava o Decreto n. 14.969, reforçando a burocratização da repressão e o controle às drogas, utilizando-se do Departamento Nacional de Saúde Pública, criado no ano anterior. Na referida lei, o cárcere aparece como solução para o traficante, que deveria ser “disciplinado” pela lei; o que, todavia, não se aplica ao consumidor, “vítima” do seu próprio “vício” e que necessitava ser acolhido pelo Estado a fim de ser “reabilitado”, física e socialmente. Desta forma, os protestos e reivindicações das ligas, grupos civis e imprensa foram absorvidos pelo Estado.

A abordagem sanitária, conforme vimos anteriormente, não considera o usuário como “criminoso”, mas “doente”, acionando toda uma engrenagem médico-legal com direito à avaliação do médico-perito do Poder Judiciário. O local de recuperação é o hospital, onde ficam os desviantes comportamentais considerados perigosos à ordem social. Neste período, a maioria dos usuários era ainda proveniente das classes altas, “jovens sofisticados e desocupados” que seriam reintegrados na sociedade produtiva através de medida corretiva estatal, diferentemente dos pobres da “ralé”, que poderiam ainda ser enquadrados em qualquer outra categoria de ilegalidades definidas pelo Estado.

Segundo Rodrigues (2004), a partir de 1921, o panorama jurídico brasileiro sofrerá reformas periódicas dos princípios proibicionistas no intuito de se adequar aos parâmetros internacionais firmados nas convenções plenipotenciárias sobre a questão. Após o Decreto-lei de n. 15.683 de 1922, que retifica algumas disposições da lei de 1921, a legislação de 1932 (Decreto-lei 20.930, de 11 de janeiro) traz algumas alterações relevantes no que diz respeito ao tratamento do usuário, trazendo a novidade da pena de prisão de nove meses e multa. Era prevista ainda pena para quem instigasse o uso de drogas controladas, além da obrigatoriedade da notificação dos casos de dependência (delação compulsória), a fim de que

os toxicômanos fossem tratados por meio de internações involuntárias determinadas por juiz competente.

No contexto interno, no período em questão, a política social brasileira ia se consubstanciando lentamente: Behring e Boschetti (2006) apontam o ano de 1923 como chave para a sua constituição através da Lei Eloy Chaves, que institui a obrigatoriedade das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) para algumas categorias estratégicas de trabalhadores, de acordo com o seu poder “de pressão” no cenário político. Posteriormente, seriam institucionalizados os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), em consonância com esta mesma política.

Em 1927, é aprovado o Código de Menores que atentava para a questão da infância desamparada, embora possuísse um teor claramente punitivo da chamada “delinquência juvenil”. Assim, o Estado brasileiro passou a garantir alguns direitos (trabalhistas, previdenciários e de saúde) a determinadas parcelas populacionais, visando ao controle das mesmas.

Na década seguinte, a autora assinala que a classe trabalhadora caminhava a passos firmes na direção de uma consciência de classe, com a forte incrementação da organização política (com destaque para a criação do Partido Comunista Brasileiro) e sindical. Por outro lado, as expressões radicalizadas da questão social e a quase ausência de legislações sociais começavam a ser enfrentadas na forma de greves e mobilizações.

Com a crise internacional de 1929-1932, houve, no Brasil, uma mudança na correlação de forças no interior das classes dominantes⁶⁸, trazendo consequências significativas para a classe trabalhadora, o que precipitou os acontecimentos efervescentes daquela época (o movimento de 1930⁶⁹). Na ocasião, Vargas, que esteve à frente de uma ampla coalização de forças, estabeleceu um “Estado compromisso” que impulsionou profundas mudanças no Estado e na sociedade brasileira. Estava presente na agenda estatal: a regulamentação do trabalho e da questão social, esta última, até então, vinha sendo tratada exclusivamente como “questão de polícia”.

⁶⁸ Chegam ao poder político outras oligarquias agrárias e também um setor industrialista, desfazendo a hegemonia da “política do café com leite”. A referida política consistia na alternância de Minas Gerais e São Paulo na Presidência da República, que complementava a troca de favores recíproca entre o presidente da República e os governos estaduais com a finalidade de neutralizar a atuação oposicionista do Congresso.

⁶⁹ O movimento de 1930 é mais conhecido na literatura nacional por “Revolução de 30”, no entanto não utilizaremos o referido termo, em concordância com Behring e Boschetti (2006), por entender que não tenha ocorrido uma “revolução” propriamente dita e sim uma alteração da oligarquia cafeeira em virtude do enfraquecimento da mesma. Na ocasião, outras oligarquias (gado, açúcar, etc.) assumirão o núcleo duro do poder político, alterando a correlação de forças e diversificando a economia.

No que diz respeito à saúde, até aquele momento, não existia uma política nacional dedicada à temática, que se desenvolveu sob dois eixos: saúde pública e medicina previdenciária (para determinadas categorias ligadas aos IAPS). A saúde pública, conforme apontado anteriormente, era conduzida, principalmente, por campanhas, sendo posteriormente coordenadas pelo Departamento Nacional de Saúde (criado em 1937). Ocorreu também, neste contexto, o desenvolvimento da saúde privada e filantrópica, com ênfase para o atendimento médico-hospitalar, curativo e individual.

A Constituição de 1934 veio ao encontro das tendências e contratendências deste período. Posteriormente, no entanto, o panorama sociopolítico se complexificou, tendo em vista a instauração de inúmeras greves de trabalhadores nas principais cidades brasileiras, e, por outro lado, alarmavam-se os conflitos entre antifascistas e simpatizantes da Ação Integralista Brasileira. O referido quadro levou à proposição pelo Governo de uma “Lei de Segurança Nacional”, aprovada em 4 de abril de 1935, que, aliada à frustrada tentativa de golpe comunista em 11 de junho de 1935, contribuiu para uma maior restrição dos direitos civis em nome da segurança nacional.

Em 1936, Rodrigues (2004) aponta para o contínuo crescimento do aparelho burocrático estatal com o Decreto-lei n. 790, de 28 de abril, que criou a Comissão Permanente de Fiscalização de entorpecentes, a qual, a exemplo da Comissão Permanente da Liga das Nações, deveria reunir os saberes sobre circulação, produção e comércio legal de drogas controladas.

Em 1937, o Congresso Nacional foi fechado, parlamentares, presos e o Brasil passa a viver o Governo ditatorial do Estado Novo. Apesar disso, o referido período é abalizado por Behring e Boschetti (2006), como sendo propício à consolidação da introdução da política social no Brasil, com destaque para a promulgação da Consolidação das Leis Trabalhistas neste mesmo ano.

Em relação às drogas, houve, a partir de 1938, o enrijecimento das normas legais em consonância com o autoritarismo getulista. As alterações impostas pelo Decreto-lei n. 891, de 25 de novembro, sintetizam as legislações anteriores e lançam novos marcos que reforçam a estratégia repressiva do Estado em relação à produção, tráfico e consumo de drogas. O referido decreto, segundo Rodrigues (2004), tem por objetivo estabelecer uma normatização capaz de abordar eficientemente a questão das drogas, além de adequar o ordenamento interno brasileiro aos acordos internacionais em vigor. Da referida legislação depreende-se que: continuam restritos ao uso médico os opiáceos naturais e sintéticos conhecidos, a cocaína e derivados, a maconha e derivados.

A fiscalização do comércio legal passa a ser de responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde, órgão membro da Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes. Tem-se assim o controle estatal sobre o comércio e uso legais de drogas legalizadas, realizado pelo sistema burocrático médico-sanitário. O pacto do comércio legal legitimado pelo saber médico é consolidado no Decreto-lei 891 pelo receituário (agora em papel timbrado) e pelo cadastramento de farmácias específicas para sua realização.

Rodrigues (2004) fala da relação entre Estado, o saber médico e legislação no período em questão:

A padronização do receituário e a reafirmação das obrigações legais do profissional da saúde instituíam de maneira ampliada o pacto médico-estatal, que legava aos profissionais de saúde o monopólio sobre a indicação e venda legais de entorpecentes, ao passo que amarrava à estrita fiscalização do Estado. A quebra desse acordo por parte de um desses profissionais acarretava sanções específicas e severas [...] penas: de três a dez anos de prisão celular, multa de 3.000\$000 a 10.000\$000, além de suspensão do exercício profissional de quatro a dez anos (RODRIGUES, 2004, p.143).

Conforme o exposto, o privilégio da matéria de drogas pelo saber médico cristalizado pelo uso da receita dava-se sob o preço da submissão dos referidos profissionais a uma vigilância estatal cerrada. Quanto ao comércio ilegal, este permanece proibido, assim como a cultura de plantas precursoras, a circulação de matéria-prima e produtos finais sem a autorização do Departamento Nacional de Saúde. O Estado, no entanto, resguardava-se no direito de cultivar tais substâncias para fins estratégicos, desde que houvesse parecer favorável do Conselho Nacional de Fiscalização de Entorpecentes.

No que diz respeito aos usuários, estes deveriam ser obrigatoriamente encaminhados (sob o estímulo da delação compulsória) às autoridades sanitárias e policiais, estando sujeitos a internações compulsórias ou facultativas realizadas obrigatoriamente em “hospital oficial para psicopatas ou estabelecimento hospitalar submetido à fiscalização oficial”⁷⁰, de acordo com o grau de dependência indicado em relatórios periciais. O consumo de drogas não era criminalizado por si só na referida legislação, mas o era indiretamente, considerando que a posse de qualquer quantidade da substância era proibida e o usuário passível de internação pelo seu mau hábito. A internação era necessariamente monitorada pelas autoridades sanitárias, e somente médicos autorizados poderiam dizer quando o toxicômano estava “curado”. Este podia reclamar à autoridade judiciária sua “cura”, todavia, a liberação somente

⁷⁰ Observa-se, já neste contexto, o lugar destinado para o usuário de drogas ilícitas no Brasil: o hospital psiquiátrico, ou seja, tal matéria seria referendada no âmbito da saúde mental.

se daria após a realização de exames médicos realizados por estes profissionais. O toxicômano que estivesse preso poderia também vir a ser internado, dependendo do caso.

Por fim, institucionalmente, a legislação de 1938 reafirmava a importância da Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes, nascida em 1936, atribuindo-lhe as funções de fiscalização da produção, uso e comércio de drogas, repressão; além de definir sua vinculação ao Ministério das Relações Exteriores em conformidade com os acordos multilaterais estabelecidos internacionalmente. A efetivação da Comissão, no entanto, somente se deu em 1941, com a emissão do Decreto-lei 3.114, de 13 de março, que deliberava sobre a composição e funções especificadas da mesma. A criação de novas instituições de “guerra às drogas” favorecia o agigantamento estatal e a intervenção do ente público na vida privada da população.

A legislação de 1938 é tida como a base da repressão às drogas psicoativas no Brasil. Consagrou, nacionalmente, a visão estadunidense no país, ao incorporar perfeitamente os tratados internacionais, principalmente a Convenção do Ópio (1931) e a Convenção sobre Tráfico Ilícito (1932), ambas realizadas em Genebra. Sistematizava e desenvolvia as medidas repressivas fixadas na lei de 1921 e as acessórias, criminalizando de modos distintos usuários e traficantes: o usuário “doente” necessitava de reabilitação por meio da internação em clínica médico-psiquiátrica; o traficante “criminoso” seria submetido à reabilitação social por meio do encarceramento.

Cabe ressaltar ainda que a prisão não se restringia ao comércio não autorizado, mas também àquele que, autorizado a fazê-lo (profissionais de saúde), fizesse mau uso das prerrogativas legais. A lei inova na incriminação do usuário, e, neste contexto, as normas destinadas ao mesmo tornaram-se quase tão severas quanto as voltadas para o traficante, visto que o ato de “intoxicar-se” não era crime explícito na lei, mas o era na prática, posto que a posse de qualquer quantidade de droga sem autorização médica era proibida e o indivíduo que fosse pego ou delatado era passível de internação obrigatória em clínica de reabilitação.

O período compreendido entre 1943 e 1945, segundo Behring e Boschetti (2006), foi permeado por opções oscilantes do Governo brasileiro no contexto internacional devido à Segunda Guerra Mundial. Num primeiro momento, o Governo brasileiro demonstrou simpatia pelo nazismo, no entanto, devido às pressões norte-americanas e em função das condições geopolíticas e econômicas brasileiras, posicionou-se favoravelmente aos EUA, enfileirando-se ao lado dos aliados em 1942, na guerra. Neste contexto, existia um alinhamento político-econômico do Estado brasileiro ao país norte-americano, o que se dará também em relação à questão das drogas.

Em 1945, no plano interno brasileiro, o Governo de Getúlio chegava ao fim após este permanecer 15 anos no poder, inaugurando no país um novo período de turbulências econômicas, políticas e sociais. De certa forma, o Brasil havia se tornado um país mais urbanizado, com uma indústria de base significativa e um movimento operário e popular mais maduro; por outro lado, permanecia sua forte vocação agroexportadora.

Behring e Boschetti (2006) caracterizaram a Constituição de 1946 como sendo uma das mais democráticas do país, o que, segundo os autores, possibilitou que o período de 1946-1964 fosse marcado por fortes disputas entre projetos e a intensificação das lutas de classes. Neste cenário, a burguesia brasileira encontrava-se muito fragmentada, refletido em suas organizações partidárias, divididas entre a União Democrática Nacional (UDN), o Partido Social Democrático (PSD) e o Partido Trabalhista Brasileiro (PTB). No campo trabalhista, o Partido Comunista Brasileiro (PCB) experimentava o curto período de legalidade garantido pela Constituição vigente, forjando alianças com o PTB durante os processos eleitorais.

No plano político, este reposicionamento de forças e classes sociais deparava-se com o projeto desenvolvimentista que então se despontava dentro de uma estratégia de substituição de importações (cujas principais expressões foram o Plano de Metas do Governo de Juscelino Kubitschek), propondo o crescimento econômico do país em tempo recorde (50 anos em cinco). Tal proposta acirrava ainda mais a luta de classes, visto que o aumento numérico da concentração da classe trabalhadora fortalecia em termos organizativos. Evidenciou-se, neste período, a organização dos jovens, com destaque para os estudantes universitários que lutavam pela ampliação do ensino superior.

No que diz respeito às políticas sociais, Behring e Boschetti (2006) afirmam que, no período em questão, ocorreu a expansão lenta e seletiva da mesma, marcada por alguns aperfeiçoamentos institucionais, entre os quais a separação dos ministérios da Saúde e da Educação em 1953 e a criação de novos IAPs. Por outro lado, a instabilidade institucional (devido ao suicídio de Vargas e o Golpe Militar de 1964, que depôs João Goulart), aliada à disputa de projetos políticos antagônicos, implicou uma certa paralisia no campo da política social, não havendo um consenso em torno de um projeto nacional que a incluísse.

Assim, o período em questão foi marcado pela “extensão lenta de direitos, que se mantiveram ainda no formato corporativista e fragmentado da era Vargas” (Behring e Boschetti 2006, p. 110). O dilema entre as propostas presentes no contexto sociopolítico supramencionado (projeto nacional-desenvolvimentista⁷¹ *versus* projeto de desenvolvimento

⁷¹ Projeto nacional-desenvolvimentista: propunha as reformas de base e incorporava as políticas sociais.

associado ao capital estrangeiro⁷²) resolveu-se por meio da violência militar (Golpe de 1964), instaurando a ditadura militar.

Conforme mencionado no capítulo 2, o período de ditadura militar pós-1964 foi marcado pela expansão do “fordismo à brasileira” em meio ao chamado Milagre Brasileiro, que assumiu a introdução da produção em massa de automóveis e eletrodomésticos, visando ao consumo popular. Houve, neste quadro, a ampliação do mercado interno que, no entanto, permaneceu muito aquém de suas possibilidades.

No plano político-ideológico, prevaleceu o projeto de desenvolvimento associado ao capital estrangeiro, tendo em vista que parcela da burguesia nacional, percebendo a liquidez de capitais existente, buscava atrair investimentos para o país em uma conjuntura aparentemente divorciada do contexto internacional de crise. O resultado foi o extraordinário crescimento econômico que gerou uma acumulação de renda, que não foi dividida posteriormente.

A sustentação das taxas de crescimento ao longo do tempo tornou-se insustentável diante dos limites da ampliação do mercado interno de massas, da crise internacional e das imensas contradições do desenvolvimentismo autocrático-burguês. Desta forma, a ditadura militar reconfigurou a modernização conservadora, reeditando, neste processo, o trato da questão social, que, no referido período, seria enfrentada num “mix” de repressão e assistência, tendo em vista o controle das forças de trabalho que então se despontavam.

Apesar disso e paralelamente ao clima de perda de liberdades democráticas, censuras, prisão e torturas, Behring e Boschetti (2006) ressaltam que as políticas sociais iam se expandindo e se modernizando. Houve a uniformização, unificação e centralização da Previdência Social através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966, a inclusão dos acidentes de trabalho na referida instituição no ano de 1967, a ampliação da cobertura aos trabalhadores rurais, empregadas domésticas, jogadores de futebol, autônomos e ambulantes, a criação da Renda Mensal Vitalícia para idosos pobres no valor de um salário mínimo, entre outros.

Foi criado, em 1974, o Ministério da Previdência e Assistência Social; em 1965, a Fundação Nacional para o Bem-Estar do Menor (Funabem) veio substituir o Serviço de Assistência ao Menor (SAM), extinto no ano anterior. No que se refere à saúde, esta foi inserida no Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SIMPAS) e, nesta associação entre previdência e saúde, ocorreu uma forte medicalização da área, com ênfase no

⁷² Projeto de desenvolvimento associado ao capital estrangeiro: incentivava a vinda de capitais estrangeiros para o país.

atendimento curativo, individual e especializado, em detrimento da saúde pública, o que se deu, sobretudo, devido ao incentivo à indústria de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, orientados pela lucratividade.

Dessa forma, à medida que as políticas públicas iam se complexificando, o acesso às mesmas ia se restringindo, tendo em vista a estratégia militar de abrir espaços à saúde, previdência e educação privadas, configurando o que Behring e Boschetti (2006, p.137) chamam de “sistema dual de acesso”, ou seja, a existência de dois tipos de políticas sociais: uma destinada aos contribuintes e outra, aos não contribuintes.

No que diz respeito às drogas, a legislação estabelecida no contexto ditatorial (Lei de Tóxicos) veio acompanhar essa tendência de recrudescimento das normas legais. A questão era tratada sob a ótica da saúde e da repressão, seguindo os padrões internacionais (influência norte-americana) e a conjuntura nacional interna.

Rodrigues (2004) ensina que, da legislação de 1938 à Lei de Tóxicos de 1976, foram editados outros sete decretos, que, em termos gerais, pouco acrescentaram à Lei de 1938. De forma geral, estes procuraram atualizar os novos tratados surgidos na época, como a Convenção Única de Entorpecentes, assinada em Nova York, em 1961, além de sintetizar os textos internacionais surgidos nesta e em conferências passadas.

Em 1968, é editado o Decreto-lei n. 385, que estabelecia sanções iguais para traficantes e usuários, ainda que estes últimos fossem dependentes da droga. Ocorreu desta forma uma equiparação entre as categorias traficante e usuário e a pena para ambas seria de encarceramento, sem a possibilidade de comuta em caso de dependência química ou psicológica. Todavia, na prática, tal legislação não foi aplicada em seus aspectos mais severos, visto que não encontrou respaldo nos juízes, os quais, privados da competência de encaminhar pessoas apreendidas por posse de drogas para tratamento, passaram a absolver um número crescente de usuários. Entre a prisão e a absolvição, constatada a dependência, vários magistrados decidiam pela absolvição dos usuários.

Assim, o rigor pretendido pela legislação converteu-se em frouxidão do Judiciário, uma vez que, entre os operadores do direito, estava consolidada a figura do usuário-doente que necessitava de tratamento e não de prisão. Assim, a legislação de 1968 foi revogada três anos depois, sendo substituída pela Lei n. 5.726, de 29 de outubro de 1971, que propunha o fim da equiparação entre usuário e traficante, trazendo novamente o espírito da legislação anterior. Uma das novidades desta legislação referia-se à categorização do usuário, que de “toxicômano” passou a “viciado”, desqualificando a dependência física e psíquica. Surge

ainda a categoria do “infrator doente”, aquele cujo crime foi motivado pelo uso de drogas, sendo aplicada ao mesmo a pena de internação e não mais de encarceramento.

O Decreto-lei n. 69.845, de dezembro de 1971, veio para implementar a Lei 5.726, porém trouxe consigo algumas inovações, prevendo a execução de planos e programas nacionais e regionais de esclarecimento à população (com enfoque para a juventude) no que diz respeito aos males ocasionados pelas drogas (dependência física e psicológica), bem como a necessidade da eliminação da referida substância da sociedade. Profissionais que trabalhavam na área da educação, na seguinte ordem de preferência: 1) diretores de estabelecimentos educacionais, 2) orientadores educacionais, 3) professores de Educação Moral e Cívica, 4) professores de Ciências físicas e biológicas, 5) professores de outras disciplinas e 6) assistentes sociais, deveriam ser preparados através de um curso de formação visando ao “combate” às drogas no âmbito escolar e à orientação dos alunos. Todavia, a obrigatoriedade da referida matéria na grade curricular seria incluída, no referido período, apenas nas aulas de Educação Moral e Cívica.

A legislação de 1971 não estabeleceu grandes mudanças em relação à de 1938, inovando tão somente sobre as formas de intervenção na sociedade. E é justamente neste aspecto que a referida legislação sofreria duras críticas, sendo reformulada e promulgada a Lei 6.368, de 21 de outubro de 1976, conhecida como Lei de Tóxicos. Esta última lei foi regulamentada pelo Decreto-lei n. 78.992, de 21 de dezembro, e possuía certa autonomia em relação ao artigo n. 281 do Código Penal, que, até então, estabelecia a economia de penas para os crimes de tráfico e uso indevido de drogas.

Ao dissertar acerca da legislação de 1976, Rodrigues (2004) ensina que a mesma:

reunia em um único documento todas as disposições pertinentes à repressão ao tráfico e à prevenção ao uso de drogas, estipulando com independência as sanções penais para os crimes previstos. A autossuficiência na aplicabilidade da lei possibilitava que reformas a partir de então pudessem ocorrer com maior rapidez e flexibilidade. Tal grau de autonomia era fundamental à manutenção de um ordenamento jurídico proibicionista e que, para o constante incremento desse combate às drogas, dependia de reformas periódicas (RODRIGUES, 2004, p.156).

A lei apresentava uma linguagem técnico-científica que foi preservada em seus parágrafos, trazendo consigo uma nova terminologia e alterando termos considerados “pouco-científicos”, tais como: “combate” que foi substituído pelas expressões “prevenção” e “repressão”; preocupações na nova norma e a inclusão dos termos “ilícito” e “indevido” para

qualificarem, respectivamente, o tráfico e o uso ilegal. Tal preocupação tinha por objetivo o alinhamento aos novos parâmetros internacionais discutidos na Convenção Única da ONU.

A nova legislação proclamava como objetivo central a prevenção ao uso de drogas, utilizando-se da repressão quando a primeira não lograsse êxito. Apresentava o caráter de saneadora do tecido social, promovendo ações que buscavam impedir a disseminação das drogas na sociedade. Seguiu as novidades do paradigma norte-americano que passou a incorporar prática preventiva como proposta efetiva e de baixo custo. Permaneceu na referida legislação a importância da manutenção de palestras e aulas inclusas no currículo escolar que orientassem acerca do “perigo das drogas”. As aulas especiais, no entanto, foram deslocadas do curso de Educação Moral e Cívica para o de biologia, objetivando tornar o tema mais científico e imparcial.

A base para a referida alteração foi o “Programa Educacional sobre Drogas”, elaborado pelo MEC em 1972 e que tinha por objetivo a realização de campanhas para a população de 14 a 18 anos de idade. A este respeito, Rodrigues (2004) ressalta que, para o MEC, a drogadição era fruto de “um conflito natural de gerações”, estando relacionada à “rebeldia juvenil”. Dessa forma, buscou-se trazer uma roupagem científica ao discurso antidrogas, visto que os jovens tinham resistência em serem “doutrinados”.

No que diz respeito às medidas de tratamento e recuperação, cristalizou-se a visão jurídica do dependente como “doente” que necessitava de tratamento para reintegração social. O uso por si só não era incriminado, mas continuava a sê-lo indiretamente pela posse de qualquer quantidade de substância ilícita. A lei determinava que os dependentes de substâncias entorpecentes permanecessem sujeitos a medidas exclusivamente de caráter terapêutico, não mais ao sistema carcerário comum, em face da visão assistencialista do Estado.

De fato, a lei determina que todos os estados da federação criem clínicas e ambulatórios especiais, assim como contratem pessoal especializado no tratamento de toxicômanos. Os dependentes não são considerados doentes mentais comuns, passíveis de internação em manicômios judiciários, mas doentes de classe especial, vítimas do mal moral, físico, psíquico e social representado pelas drogas (RODRIGUES, 2004, p.158).

Todavia, a reclusão para o tratamento permanece, sendo justificada pela manutenção da segurança pública, da ordem social e da saúde pública.

A saúde do intoxicado também é considerada pela doutrina legal como um bem que não pertence a quem se intoxica, mas ao Estado, já que o hábito de

consumir entorpecentes aciona mecanismos que ameaçam a “coesão social”. Portanto, no que se refere às drogas, o indivíduo não detém a posse sobre seu próprio organismo, independentemente se o seu hábito é praticado em solidão, sem afetar outro cidadão ou a coletividade. Como, para a lei, a demanda aciona parte da rede ilegal de produção e tráfico, o consumo, ainda que solitário, ameaça a paz coletiva (RODRIGUES, 2004, p.158).

O tráfico permanecia proibido em todas as suas etapas, com a aplicação das sanções cabíveis. Todavia, foram introduzidas alterações no tratamento penal de traficantes e usuários. Houve o surgimento da figura do “experimentador”, que teve um contato eventual com a droga, mas não representava em si um “risco” maior. Desta forma, permaneceram consagradas na lei três categorias de pessoas em sua relação com a droga: o doente (pena = tratamento, reclusão pelo sistema médico-assistencialista), o criminoso (pena = reclusão) e o usuário ocasional (pena = notificação estatal). A sanção do usuário ocasional era mais branda, uma espécie de “notificação”, na qual, o Estado, em sua face assistencial, buscava uma medida corretiva “leve” que impedisse o experimentador de se tornar uma das duas categorias anteriormente descritas. Duas outras categorias remanescentes de legislações anteriores apareceriam novamente neste contexto: o profissional de saúde que rompe com o pacto médico-estatal (pena = reclusão e perda do registro profissional) e o criminoso semi-imputável, aquele que não é criminoso nem dependente, mas seu comportamento causa prejuízos à vida social (pena = sanção moral e cadastramento estatístico-policia).l).

A lei de 1976 se complementa com a criação, em 1980, do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, que atualiza a Comissão Nacional de Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, sendo os objetivos do antigo e novo órgão semelhantes. Eram funções da referida instituição: a coordenação e integração entre os diversos órgãos estatais envolvidos no combate ao uso ilegal e tráfico de drogas; a formulação e harmonização de políticas de prevenção, fiscalização e repressão às drogas; a interlocução com organismos internacionais e a efetiva aplicação das novas mudanças curriculares instituídas pela lei de 1976. O referido sistema se operacionalizou em torno do Conselho Federal de Entorpecentes (Confen), criado na década seguinte.

Em síntese, a questão das drogas na América Latina (e também no Brasil) foi incorporada pelo Estado através do viés da medicina (terapeutismo estatal), garantindo ao ente estatal a legitimidade na definição das substâncias que deveriam ou não ser consideradas nocivas à saúde da população, e, com isso, exercer o controle populacional. Desde então, medidas repressivas (brandas inicialmente) seriam tomadas em relação àqueles que

desrespeitassem as normas estabelecidas nas legislações que iam se conformando. Paulatinamente, tais medidas foram se delineando em torno do tipo de relação estabelecida entre os indivíduos e as drogas: medidas de saúde pública (tradicionalmente saúde mental) para os usuários e o cárcere para os comerciantes.

Com a influência do contexto internacional (hegemonia político-econômica dos EUA e a pressão dos acordos firmados nas Convenções Antidrogas sob a liderança do referido país), o caráter repressivo das medidas ia se aperfeiçoando em nossa legislação, fortalecendo-se nos períodos de fragilidade democrática (ditadura), quando houve um considerável aumento e enrijecimento das legislações proibicionistas no Brasil.

Neste contexto, até mesmo a tradicional percepção do “usuário-doente” sofreu reformulações, havendo, em 1968, a equivalência entre traficante e usuário, os quais passariam a ser penalizados com o cárcere. Todavia, este aspecto mais repressivo da legislação não prosperou na sociedade brasileira, que trazia em seu seio a visão arraigada do usuário-doente, que necessitava de tratamento e reabilitação social.

Percebe-se assim que as medidas voltadas para o âmbito da saúde, ao menos no nível do discurso, foram privilegiadas no trato da questão das drogas no Brasil. Todavia, mesmo em relação a estas, observou-se certa consonância com a perspectiva repressiva, tendo em vista o caráter obrigatório de algumas delas, que desconsiderava os anseios/necessidades expressos pelos usuários, a exemplo das internações compulsórias estabelecidas judicialmente. Ainda quando tais ações não eram obrigatórias, o aspecto repressivo prevalecia em virtude da ausência/restrrição no acesso às políticas públicas (sobretudo as políticas de saúde), que acabavam por discriminar o usuário-pobre, o qual, por não conseguir atendimento na rede pública, podia ser criminalizado ao envolver-se nas situações adversas que permeavam o consumo/comércio das referidas substâncias.

Tal discussão remete-nos ao estudo do desenvolvimento do contexto sanitário brasileiro do período em questão, o qual recuperaremos de forma breve, nos termos de Bravo⁷³. Segundo a referida autora, a política de saúde formulada no período entre 1930-1964 foi organizada em dois subsetores: o da saúde pública e o da medicina previdenciária. A saúde pública predominou até meados da década de 1960, centralizando-se na criação de condições sanitárias mínimas ao desenvolvimento da população urbana e rural. A medicina previdenciária iria sobrepujar a saúde pública a partir de 1966, centrando-se em determinadas categorias profissionais.

⁷³ Vide bibliografia.

Desde a década de 1950, observou-se a estruturação do atendimento hospitalar de natureza privada com fins lucrativos no Brasil, tendo em vista a formação de empresas médicas ligadas aos interesses capitalistas. No período ditatorial, segundo Bravo, o modelo de privilegiamento do setor privado de saúde foi implantado no país inicialmente através da compra de serviços médicos terceirizados pela Previdência Social, deixando os mesmos de ser fornecidos exclusivamente pelos IAPS. Tal modelo refletia a tendência de capitalização e modernização do setor saúde, ocorrida em nível internacional, sendo suas características:

- Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar.
- Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos.
- Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços.
- Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica (Bravo: 200?).

Deste cenário depreende-se que, no período em questão, em grande parte, as ações de saúde eram definidas conforme a inclusão ou não do indivíduo no mercado de trabalho, é o que Santos (1987) nomeia de “cidadania regulada⁷⁴”: aos trabalhadores de determinadas categorias profissionais ou àqueles que podiam pagar pelos serviços prestados havia o acesso à saúde previdenciária ou particular; aos excluídos do mercado formal de trabalho ou os não incluídos nas categorias dos IAPs restavam a saúde pública (não privilegiada neste contexto, conforme já ressaltado) e a solidariedade comunitária.

Reghellin (2002), dissertando acerca das práticas tradicionais desenvolvidas no Brasil em matéria de drogas no período em questão, cita as internações hospitalares⁷⁵, as

⁷⁴ CIDADANIA REGULADA: conceito de cidadania cujas raízes encontram-se, não num código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, em que este sistema é definido por norma legal. São cidadãos todos aqueles membros da comunidade que estão localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei. A cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, reconhecido por lei. Aqueles cuja ocupação a lei desconhece, tornam-se pré-cidadãos.

⁷⁵ A internação hospitalar (compulsória ou não) passou a ser incorporada no senso comum brasileiro como melhor tratamento para a dependência química. Cabe ressaltar, no entanto, que tal prática viria a ser questionada posteriormente, principalmente com o advento da Reforma Psiquiátrica brasileira, que teve como marco legal o texto da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001.

comunidades terapêuticas⁷⁶ e os narcóticos anônimos⁷⁷, sendo estas duas últimas, em sua maioria, desenvolvidas por equipamentos de caráter privado/comunitário, explicitando a pouca atenção dada pelo Estado⁷⁸ ao trato da questão.

Considerando as reflexões realizadas até aqui, avaliamos que, no período estudado, o enfoque proibicionista prevaleceu na política brasileira no que diz respeito à questão das drogas, considerando a influência norte-americana e o posicionamento do Brasil no contexto internacional.

No contexto nacional, prevaleceram as práticas repressivas, tendo em vista a pouca atenção dada às políticas de saúde pública e às iniciativas de consenso social. Apesar disso, em nível do discurso, o enfoque da saúde pública sobressaiu, considerando a face assistencialista e sanitarista do Estado. Não houve, no período assinalado, a construção de uma política pública voltada especificamente para a questão das drogas, sendo as iniciativas desenvolvidas centradas na substância em si e os males decorrentes deste uso, sob a ótica sanitária e judiciária (repressão). Não se desenvolveu, no período assinalado, uma abordagem humano-social da questão por parte do Estado.

3.2.2. Democratização, drogas e reforma psiquiátrica

Segundo Behring e Boschetti (2006), a década de 1980, conhecida sob o ponto de vista econômico como “década perdida”, trouxe consigo importantes conquistas democráticas em meio a mobilizações e lutas sociais, ocorridas em virtude do fim da ditadura, do aprofundamento da questão social, das dificuldades econômicas (endividamento externo, aplicação de diversos planos econômicos, concentração de renda), entre outros. Chama a

⁷⁶ Acerca das comunidades terapêuticas, Reghellin (2002) descreve as mesmas como sendo: clínicas privadas psiquiátricas especializadas no tratamento de dependentes de drogas e entidades sem fins lucrativos, mantidas em grande parte por entidades religiosas. Estas instituições, em sua maioria, são de natureza não governamental, começaram a ser criadas na década de 1970 e expandiram-se na década de 1990 em virtude da lacuna assistencial no setor público de saúde na área de álcool e outras drogas.

⁷⁷ Segundo o site oficial, “Narcóticos Anônimos é uma associação comunitária de adictos a drogas em recuperação. Iniciado em meados de 1953, o movimento de NA é um dos maiores e mais antigos deste tipo, com aproximadamente quarenta mil reuniões semanais em 130 países”. Nascida, inicialmente, nos Estados Unidos, a organização desenvolve um programa de controle em 12 passos que, com base em reuniões regulares entre os participantes, tem por objetivo auxiliá-los a parar de consumir entorpecentes. Seu crescimento foi lento até a publicação do Livro Azul (Texto Básico) na década de 70.

⁷⁸ Ao mencionar acerca das comunidades terapêuticas e dos narcóticos anônimos, a autora reconhece a importância destes trabalhos, sobretudo nas comunidades em que não se dispõe de recursos e infraestrutura de serviços médicos e psicológicos. Todavia, enfatiza que as mesmas não podem, de forma alguma, atuar como substitutivos da esfera pública.

atenção a redefinição das regras políticas com a retomada do Estado Democrático de Direito. A Constituinte tornou-se palco de disputas e esperanças, em que os movimentos sociais reivindicavam a participação nas mudanças em trâmite, buscando inovações nas mais diversas áreas. Destacou-se, neste período, o surgimento de um movimento operário e popular renovado, que foi decisivo para o resgate e constituição da esquerda brasileira.

No plano econômico, o país passou por diversas reformulações com a adoção de políticas econômicas de impacto nos investimentos e distribuição de renda, buscando reverter os críticos indicadores existentes. No período em questão, o Brasil e os países latino-americanos de uma forma geral estavam endividados devido à reorientação da política norte-americana em busca da hegemonia do dólar. Ao falar das consequências do endividamento para os países latino-americanos, as autoras citam:

o empobrecimento generalizado da América Latina, especialmente no seu país mais rico, o Brasil; crise dos serviços sociais públicos num contexto de aumento da demanda em contraposição a não expansão dos direitos; desemprego; agudização da informalidade da economia; favorecimento da produção para exportação em detrimento das necessidades internas. Ou seja, as características regionais preexistentes à crise da dívida foram exacerbadas no contexto dos anos 1980, quando a estagnação chega à periferia, fazendo cair os índices de crescimento, deslegitimando os governos militares e dando fôlego às transições democráticas, tendo como sua maior expressão o endividamento (BEHRING e BOSCHETTI, 2006, p.140).

Após a crise da dívida no início da década e diante da possibilidade de um colapso internacional, impõe-se para os países latino-americanos o discurso da necessidade da implantação de planos de estabilização, que se tratava, na verdade, de parte do ajuste global que já estava em andamento. Neste contexto, o Brasil foi tolhido por oito planos de estabilização monetária, quatro novas moedas, 11 índices de cálculo inflacionário, congelamentos repentinos de preços e salários, propostas de negociação da dívida externa, entre outros.

Cabe mencionar que já se faziam presentes neste contexto, ainda que timidamente, os novos pressupostos econômicos que se destacavam no cenário mundial, consubstanciados no neoliberalismo. Diante do quadro assinalado, percebe-se que, apesar das mobilizações e pressões populares ocorridas durante a Constituinte, a Constituição de 1988 nasceria na contracorrente da tendência mundial, gerando críticas e incertezas acerca de sua real efetivação. Na década seguinte, os traços do neoliberalismo brasileiro iriam se aprofundar, tornando-se mais nítidos, principalmente a partir do lançamento do Plano Real (ainda no Governo Collor) e da eleição de Fernando Henrique Cardoso para presidente em 1994.

Garcia et al (2008) afirmam que, no período em questão, a possibilidade democrática e o aprofundamento do neoliberalismo irão influenciar a política “antidrogas” brasileira, principalmente com a criação dos chamados Conselhos de Entorpecentes em níveis nacional, estadual e municipal. Tais conselhos eram vinculados ao Ministério da Justiça e às secretarias de Justiça dos estados e municípios e tinham como função propor políticas públicas em matéria de drogas e zelar pela aplicação das mesmas.

O Conselho Nacional de Entorpecentes (Confen) seria composto por representantes do Ministério da Justiça, da Saúde, da Educação e Cultura, da Previdência e Assistência Social, da Fazenda, das Relações Exteriores, do Estado Maior das Forças Armadas, do Órgão repressor da Polícia Federal, além de um jurista escolhido pelo Ministério da Justiça e psiquiatra com ampla atuação na área de entorpecentes, indicado pelo Ministério da Justiça e pela Associação Médica Brasileira. O presidente da instituição era escolhido diretamente pelo Ministro da Justiça, que deveria comandar a coordenação geral da Política Nacional de Entorpecentes.

A ordenação e vinculação dos referidos órgãos ao aparato jurídico-governamental contribuirão para que as iniciativas em relação às drogas fossem conduzidas de forma predominantemente repressiva em conformidade com a política proibicionista norte-americana, que, neste período, caminhava em consonância com a política brasileira. Desta forma, percebe-se que, apesar das relevantes mudanças ocorridas no Brasil em termos de legislação (CF 1988) e políticas públicas, a questão das drogas não foi suficientemente abordada neste quadro, prevalecendo o enfoque proibicionista. Cabe ressaltar, entretanto, que os primeiros contatos da referida política com os pressupostos da perspectiva europeia se deram ainda neste período sob o intermédio dos movimentos sociais.

Ascelrad (2008) aponta, já neste contexto, algumas alterações em nível da política, ressaltando que, dada a possibilidade democrática vivenciada nos anos de 1980, os Conselhos de Entorpecentes tiveram uma ação inovadora para a época, ainda que limitada pelas próprias características destas instituições. Entre as atividades consideradas pela autora como “inovadoras”, estão: a alteração de campanhas lançadas pela mídia com relação ao seu caráter eminentemente repressivo, a implantação de núcleos de estudos e pesquisas em atenção primária e tratamentos da dependência de drogas ligados a universidades estaduais de várias unidades federativas brasileiras.

A autora ressalta que, a partir destes núcleos, várias propostas em relação às drogas surgiram, entre as quais, a ideia de cidadania concernente aos usuários de drogas, a amplitude na proposta de tratamentos, a substituição do conceito de prevenção por atenção primária, a

internação hospitalar restrita aos casos graves e em curto período de tempo, a proposta da Redução de Danos, entre outras. Apesar disso, a prática de excelência destes conselhos não foi suficiente para produzir mudanças na política de drogas predominante no país no período em questão, permanecendo a resposta repressiva. Em 1998, foi extinto o Confen e, em seu lugar, foi instituído o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), com base na Medida Provisória 1689-6, de 25 de dezembro⁷⁹.

Destaca-se em 1987, a organização do Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados ao Consumo do Álcool (PRONAL), que tinha por objetivo organizar a rede de serviços de atenção voltada aos usuários de álcool com ênfase na saúde primária. Este foi estabelecido pelo Grupo Técnico de Saúde Mental integrante da então Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM). No entanto, logo que o programa se iniciou, foi interrompido devido à falta de recursos.

Assim, Mesquita (2008) enfatiza que a abertura política em fins da referida década possibilitou uma maior discussão em relação à política de drogas, no entanto, não foram observados avanços consideráveis com o advento da Constituição Federal de 1988. Destacou-se também a criação, ainda em 1988, da Política Nacional da Questão das Drogas pelo Conselho Federal de Entorpecentes, a qual, todavia, não se viabilizou em virtude de conflitos de interesses existentes no interior do próprio Governo. Segundo o autor,

com o fim da ditadura militar e da legislação de exceção, remanesceu um arcabouço de legislação excepcional dedicada ao fenômeno das drogas, com a falaciosa sensação de que a legislação criminal, por si, poderia proteger a sociedade de todos os males. Violações de residências sem mandados judiciais, extração de pátrio poder de mães usuárias, internações hospitalares sem autorização dos pacientes em questão e estabelecimento de penas iguais ou superiores aos de homicídios nos crimes relacionados às drogas ilícitas são alguns dos exemplos deste pesado rescaldo e da necessidade de rediscussão da legislação do país concernente ao tema. (MESQUITA, SITE REDUC, s/p.).

Ainda na década de 1980, considerando o contexto democrático favorável, cabe-nos destacar o fervilhar de algumas discussões, as quais, apesar de não restritas ao cenário da política de droga, influenciarão na construção da mesma, dada as interlocuções realizadas em âmbito mais global. São algumas delas: a expansão da noção de direitos de cidadania, a construção de um novo sistema de proteção social pautado na concepção de Seguridade Social que universaliza os direitos sociais, concebendo a Saúde, Assistência Social e Previdência

⁷⁹ Vide <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/Antigas/1689-6.htm>

como questão pública de responsabilidade do Estado, a reforma psiquiátrica, entre outros. Neste estudo, abordaremos, de forma sintética, apenas dois pontos que nos auxiliarão a prosseguir em nossa dissertação: as reformulações no âmbito da saúde e o movimento de reforma psiquiátrica.

No que diz respeito às reformulações no âmbito da saúde, Bravo (2009) assinala, quanto ao período em questão, a participação de diversos setores da sociedade civil⁸⁰ nas discussões em torno de proposições para a área da saúde, as quais, anteriormente, permaneciam restritas aos círculos técnicos e acadêmicos. Fato marcante foi a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em março de 1986, que contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas. No referido encontro:

Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária.

No processo Constituinte, discutiram-se as peculiaridades do referido setor, propugnando alterações em relação ao mesmo. Este processo, segundo a autora, transformou-se em uma arena política, na qual os interesses representados na área da saúde organizaram-se em dois blocos polares: “os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde”⁸¹ (BRAVO, 2009, p.8). As principais propostas debatidas foram:

a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando a um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (BRAVO, 2009 p.9).

⁸⁰ Entre os quais, os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição e os movimentos sociais urbanos.

⁸¹ A este respeito, cabe lembrar o modelo de privilegiamento do setor privado prevalecente no período antecedente (ditatorial) em detrimento da saúde pública, discutido no ponto anterior.

O capítulo destinado à saúde (Art. 196 a 200) na Constituição de 1988 refletiu esse cenário político de lutas e discussões, trazendo no texto legal a concepção de saúde como um direito de todos e dever do Estado. Abarcou algumas das demandas advindas da reforma sanitária, a qual, segundo Reis e Garcia (2008), tinha por objetivo a reformulação das políticas, práticas e serviços de saúde vigentes até então, que relegavam a saúde pública a um segundo plano, privilegiando os serviços privados. Tal prática repercutia sobre as condições de vida da população que se via limitada no acesso aos serviços e equipamentos de saúde. Em relação à reforma sanitária Brasileira, Marques (1989) ressalta:

A noção de Reforma Sanitária contém um projeto que é, simultaneamente, técnico e político, de intervenção positiva na configuração assumida pela problemática da saúde na sociedade brasileira contemporânea, e são seus fundamentos principais: um conceito abrangente para Saúde, que a toma como uma resultante das condições de vida e trabalho prevaletentes na nossa sociedade e do padrão de organização da base estruturada de serviços de saúde, voltados ao indivíduo, às coletividades e ao meio ambiente; também adota um posicionamento político claro quanto ao caráter público que o conjunto de ações e serviços de saúde deve assumir no país, de tal modo que a Saúde seja preservada como uma função típica do Estado, como Dever do Estado (MARQUES, 1989, p.424).

Tais questionamentos em relação ao setor Saúde ecoaram no âmbito da Saúde Mental através do movimento de Reforma Psiquiátrica, o qual, influenciado pela doutrina desinstitucionalizadora do psiquiatra italiano Franco Basaglia⁸², “fomentou questionamentos quanto à atenção e cuidado voltados à doença mental, predominante na assistência tradicional, a qual se caracterizava pelo isolamento do sujeito do meio social e pelo consequente aprisionamento em manicômios, reduzindo-se ao estatuto de objeto/corpo doente” (REIS e GARCIA, 2008, s/p). No âmbito da saúde mental, foram realizadas diversas Conferências, discutindo-se propostas de um novo modelo de atenção.

No que diz respeito às drogas, tal questionamento abrangia as tradicionais práticas de internações compulsórias dos usuários, que funcionavam como uma espécie de punição para os mesmos. Esta problemática seria abordada inicialmente na II Conferência Nacional de Saúde Mental (II CNSM), que, na terceira parte de seu relatório final, discutiu questões como:

⁸² Franco Basaglia era médico e psiquiatra, nasceu no ano de 1924 em Veneza, Itália, e faleceu em 1980. Foi o precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiano conhecido como Psiquiatria Democrática. Em 1973, o Serviço Hospitalar de Trieste, dirigido por Basaglia, foi considerado pela OMS como referência mundial para reformulação da assistência à saúde mental. A Lei nº 180, de 1978 (*Lei Basaglia*), estabeleceu a abolição dos hospitais psiquiátricos na Itália e vige até o presente momento. Texto de referência: AMARANTE, Paulo. O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1996.

drogas, legislação e direitos dos usuários. Todavia, foi na III CNSM (realizada em dezembro de 1991) que a questão das drogas seria mais bem abordada, enfatizando a necessidade da “criação de uma rede de serviços de atenção aos usuários de álcool e outras drogas integrada à rede do SUS, que evite a internação em hospitais psiquiátricos e em clínicas até então destinadas à sua internação” (2001, p. 158)

Ainda no ano de 1991, o Ministério da Saúde cria o Serviço de Atenção ao Alcoolismo e à Dependência Química, como integrante da Coordenação de Saúde Mental, o qual estava voltado para ações de prevenção, assistência e tratamento na área de drogas e visava reduzir a demanda crescente “através da mudança de percepção da população em relação à questão, modificando o modelo assistencial e estabelecendo ações de apoio e expansão da rede de serviços em saúde mental, notadamente dos serviços alternativos à internação psiquiátrica” (GARCIA *et al.*, 2008, p.270).

Desde então, havia a tendência de o tratamento psiquiátrico se voltar progressivamente para o atendimento ambulatorial, trazendo uma perspectiva psicossocial ao modelo assistencial: o hospital psiquiátrico deixava de ser o “centro” e os serviços comunitários assumiriam progressivamente essa posição, procurando estabelecer um atendimento preventivo, acessível, descentralizado, participativo e contínuo. A priorização do tratamento ambulatorial tinha por objetivo a redução do estigma depositado sobre o “doente”, buscando desmitificar a loucura e possibilitando uma compreensão diferenciada em relação às necessidades intrínsecas do ser humano para além dos espaços especializados “protegidos” (GARCIA *et al.*, 2008, p.271).

Apesar do ambiente democrático propício, das inúmeras discussões e da organização dos movimentos sociais, que almejavam profundas alterações societárias, não vimos avanços concretos nas políticas de drogas no período em questão. As conquistas obtidas na área da saúde mental, por exemplo, somente alcançaram o patamar legal na passagem do século XX, influenciando notadamente no tratamento das drogas a partir da criação dos CAPS ad.

A política econômica sustentada pelo presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC) na década de 1990 tinha como eixo central o combate da inflação, condição indispensável, segundo o discurso governista, para a retomada do crescimento. Entre outras medidas tomadas durante no referido Governo, Soares (2000) cita a “desregulamentação” da economia (o Estado iria deixar de intervir nas relações econômicas, sendo as mesmas guiadas estritamente pelas regras do mercado), a desqualificação do Estado como agente econômico produtivo e empresarial (derivando daí propostas de terceirização e redução do setor público), a diminuição do aparato estatal (como forma de reduzir o gasto público e eliminar o déficit

público) e a liberalização do comércio exterior (com sérias consequências para a indústria nacional). O principal documento que deu forma a este novo caminho a ser delineado pelo Governo FHC foi o Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE/ MARE, 1995)⁸³, sendo um dos seus defensores o então ministro da Administração e Reforma do Estado Bresser Pereira.

A reforma administrativa brasileira parte da premissa de que é necessário se “reconstruir” o Estado como uma exigência imposta pela globalização econômica e pela “crise” do Estado Burocrático, o que nos leva a concluir, dentro desta perspectiva, que a crise contemporânea é vista por seus defensores não como uma crise global do sistema capitalista, mas uma “crise” do Estado em si, que necessitava ser superada através de sua “reconstrução”.

De acordo com Bresser Pereira (1997, p 100), “reconstruir o Estado” era “diminuir” o seu tamanho, desregular a economia, visando atingir governança e governabilidade⁸⁴. Neste contexto, as privatizações, juntamente com a terceirização e a transferência de bens públicos para organizações não governamentais (publicização) foram ações realizadas no intuito de se alcançar o primeiro objetivo, enquanto que o ajuste fiscal e a implantação da administração pública gerencial, entre outros, visariam à concretização do segundo. Basta lembrar as propostas de “reforma” do Sistema de Seguridade Social que, até hoje, têm levado a sua “privatização”, “sucateamento” e à redução da cobertura dos serviços, com a exclusão daqueles que não podem pagar pelos mesmos.

Behring e Boschetti (2006), falando das características da política social brasileira nos anos de 1990, delineadas na tensão entre as conquistas constitucionais e a contrarreforma neoliberal, relembram a tendência de corte dos gastos sociais, destacando que houve um retrocesso, sobretudo quando se consideram os avanços ocorridos na Constituição de 1988. Assim, paralelamente ao desfinanciamento das políticas universais, redistributivas e equitativas, tinha-se a proposição pelos governos, em nível federal, estadual e municipal, de políticas sociais públicas focalizadas, mercadorizadas, emergenciais e descontínuas.

No que diz respeito às políticas de saúde, Bravo (200?) destaca que, historicamente, o Estado brasileiro não privilegiou a construção de uma rede pública que viesse a oferecer serviços e políticas adequados ao desenvolvimento saudável de sua população, valorizando a iniciativa privada como estratégia de modernização do complexo assistencial. Por outro lado,

⁸³ A crítica do referido plano encontra-se no capítulo 4 do livro de Behring, E. R. Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

⁸⁴ Os autores, no texto “O discurso da nova administração pública”, conceituam **governança** como “capacidade do Estado de tomar decisões efetivas” e **governabilidade** como “a capacidade política de tomar decisões efetivas” (id., p 100)

a saúde pública também não deu a devida atenção à questão da prevenção e assistência aos usuários de drogas, produzindo uma enorme lacuna no atendimento a essa população⁸⁵.

Com a chegada do ideário neoliberal ao Brasil, muitas das propostas de reforma sanitária que vinham sendo discutidas no contexto da democratização foram tolhidas em seus aspectos mais democráticos e inovadores. É o que a autora descreve abaixo, ao dissertar acerca das propostas aprovadas na Carta Constitucional em consonância com os pressupostos da reforma sanitária:

Estas medidas tiveram, no entanto, pouco impacto na melhoria das condições de saúde da população, pois era necessária a sua operacionalização, que não ocorreu. Além dos limites estruturais que envolvem um processo de tal ordem, as forças progressistas comprometidas com a Reforma Sanitária passaram, a partir de 1988, a perder espaços na coalizão governante e, conseqüentemente, no interior dos aparelhos institucionais. O retrocesso político do governo da transição democrática repercute na saúde, tanto no aspecto econômico quanto no político. No final da década de 1980, já havia algumas dúvidas e incertezas com relação à implementação do Projeto de Reforma Sanitária (BRAVO 200?, p. 12).

E ainda:

Nos anos 90, assiste-se ao redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal. Nesse contexto, apesar de o texto constitucional conter avanços, houve um forte ataque por parte do grande capital, aliado aos grupos dirigentes [...]. A Reforma do Estado ou Contrarreforma é outra estratégia e parte do pressuposto de que o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em xeque o modelo econômico vigente [...]. O Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas (BRAVO 200?, p. 13).

Reis e Garcia (2008), dissertando a respeito da reforma psiquiátrica brasileira, também mencionam os entraves do neoliberalismo ao seu desenvolvimento:

Assim, embora tenha havido no âmbito da saúde mental uma intensificação do debate sobre essa atenção, mudanças na estrutura jurídico-política (expressas, por exemplo, através da regulamentação de leis, portarias, conferências, entre outras) e ampliação e criação de novos serviços com outras perspectivas, o cenário é ainda contraditório. O financiamento configura-se como um importante determinante para consolidação da política de saúde mental no país. Mas, contraditoriamente, tal processo de desinstitucionalização, expressão de luta e avanço de direitos, inscreve-se na

⁸⁵ Afirmação feita no Documento do Ministério da Saúde intitulado “Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil”, vide bibliografia.

contramão do projeto científico, político e econômico dominante: o neoliberalismo. Isso porque a política neoliberal, ao buscar a reestruturação do mercado, considera a intervenção do Estado uma medida antieconômica e antiprodutiva que acarreta crises econômicas, políticas e sociais, devido às quais o sistema político-ideológico impõe a redução dos gastos sociais e, em consequência, a redução também dos serviços sociais públicos, como é o caso da saúde. Face a esse cenário, questões como o acesso ao cuidado em saúde mental configuram-se como um problema no âmbito do SUS, sendo a rede de atenção dessa área um desafio frente a um cenário de injustiça, iniquidade e exclusão social (REIS e GARCIA, 2008, p.195-196).

A partir das considerações das autoras, avaliamos que as tentativas de reformas realizadas no Brasil no âmbito da saúde (reformas sanitária e psiquiátrica) não se efetivaram em sua amplitude no cenário atual, ocasionando entraves que vêm de encontro às reais necessidades da população usuária, visto que repercutem na conformação da rede de atendimento.

Em relação à política de drogas, Olinger (2008) aponta que, não obstante aos avanços/retrocessos obtidos nas últimas décadas na área da saúde e das políticas sociais, não havia no Brasil, até o Governo de FHC, uma política específica voltada para a questão das drogas, ou, nos termos da autora, até “tinha, mas somente pela via da repressão, e isso era feito de forma pouco coordenada ou planejada” (OLINGER, 2008, s/p.). No entanto, no período em questão, com o crescimento do comércio ilícito, ocorreram alterações importantes na política brasileira, que enfatizou as atividades preventivas.

O primeiro passo foi a elaboração do Sistema de Vigilância da Amazônia (SINVAM)⁸⁶, que, apesar de não ter sido criado especificamente para lidar com a questão das drogas, tinha entre um dos seus objetivos coibir o tráfico na Amazônia. Ocorreu também neste período a substituição do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes pelo Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD) e a criação, sob pressão da comunidade internacional e dos acordos proibicionistas anteriormente firmados, da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), vinculada ao Gabinete Militar da Presidência da República, atualmente Gabinete da Segurança Institucional, responsável pela coordenação e articulação da Política Nacional Antidrogas – PNAD (elaborada em 2002).

A Senad, além dos aspectos mais repressivos referentes à segurança pública, incorporou atribuições relativas à prevenção, tratamento e reinserção social dos usuários de

⁸⁶ O SINVAM foi um projeto elaborado pelas forças armadas do Brasil com a finalidade de monitoramento da Amazônia Legal brasileira (que compreende a Região Norte do Brasil, o estado do Mato Grosso e parte do estado do Maranhão).

drogas, atribuíveis aos ministérios da Saúde, Educação e Assistência Social⁸⁷. Todavia, um tratamento mais abrangente do fenômeno certamente envolveria outras áreas governamentais, tais como saúde, educação, geração de emprego e renda, além da necessidade de uma discussão ampliada com os diversos setores da sociedade.

Assim, em 1999, a Senad realizou o I Fórum Nacional Antidrogas, buscando estabelecer um canal de diálogo com a sociedade civil no que se refere à construção de uma política nacional antidrogas. A ênfase do Governo neste período era a implantação de uma política de caráter intersetorial com centralidade para “o papel da sociedade”. Em relação a isso, Garcia *et al.* (2008) assinalam que o SISNAD

orienta-se pelo princípio básico da responsabilidade compartilhada entre Estado e Sociedade, adotando como estratégia a cooperação mútua e articulação de esforços entre Governo, iniciativa privada e cidadãos – considerados individualmente ou em suas livres associações (GARCIA *et al.*, 2008, p.270).

Em 2001, tem-se a realização do II Fórum Nacional Antidrogas, o qual trouxe uma inovação na história do Brasil, ao divulgar a proposta da Política Nacional Antidrogas, que tinha o mérito de ser a primeira expressão pública de uma política que abordava a temática das drogas no país. O documento originado neste fórum tinha o conteúdo inicial bastante limitado, todavia, possibilitava a ampliação do debate com a sociedade tendo em vista a construção de uma política pública sobre drogas.

Em 2002, o presidente FHC, depois de anos de tramitação, promulgou com inúmeros vetos a Lei 10.409, “Antidrogas”. Dentre os vetos, encontra-se o capítulo 3 inteiro, que versava acerca das penalidades. Isso fez com que vigorasse, ainda recentemente, em relação à matéria, a Lei 6.368/76, que estabelecia como “medidas educativas e de segurança”, por exemplo, a internação e o tratamento em regime ambulatorial ou em estabelecimento hospitalar ou psiquiátrico com caráter impositivo. No mesmo ano, a referida lei é “emendada” através do PL 7134/2002. A este respeito, Olinger (2008) destaca que,

A nova lei prescrevia medidas de prevenção ao uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, estabelecia normas para a repressão a produção e ao tráfico ilícito de drogas. O objetivo era endurecer o combate ao crime organizado, dando caráter cumulativo às

⁸⁷ A incorporação de aspectos relativos à prevenção, tratamento e reinserção social dos usuários de drogas estava em concordância com as recentes alterações na política de drogas proibicionista, tendo em vista que pesquisas realizadas pelos EUA haviam comprovado a eficiência/eficácia dos mesmos em sua aplicação conjunta com programas de repressão de ordem interna e externa.

punições. A pena mínima passaria de três para cinco anos, e seria mantida a pena máxima de quinze, porém o crime de tráfico passava a ter vários agravantes: como envolvimento de menores, financiamento de atividades criminosas, tráfico praticado por servidor público, formação de quadrilha, e assim o traficante poderia ter a pena máxima aumentada cumulativamente. Por outro lado, o projeto propunha um tratamento diferenciado para o consumidor, que não mais seria preso, mas submetido a medidas de caráter educativo e penas alternativas (OLINGER, 2008, s/p.).

Garcia *et al* (2008) destacam que, em 2004 (Governo Lula), a Senad iniciou um processo efetivo de debate de sua Política Nacional Antidrogas⁸⁸ (2003) com a realização de fóruns nacionais e regionais, incluindo, nas discussões, representantes da sociedade civil.

3.2.3 – O Governo Lula e a política pública brasileira de drogas

Behrign e Boschetti (2006), ao dissertarem acerca do Governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva⁸⁹, grandemente esperado pela esquerda política brasileira, movimentos sociais, populares, entre outros, ressaltam que não houve, no plano político-econômico, uma reorientação decisiva que viesse alterar os rumos do país, se comparado com a administração anterior. Em relação às políticas sociais, as autoras não apontaram grandes novidades, destacando, em relação às suas características, que

[...] a tendência geral tem sido a de restrição e redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal do Estado, transformando as políticas sociais – a depender da correlação de forças entre as classes sociais e segmentos de classe e do grau de consolidação da democracia e da política social nos países – em ações pontuais e compensatórias direcionadas para os efeitos mais perversos da crise. As possibilidades preventivas e até eventualmente redistributivas tornam-se mais limitadas, prevalecendo o já referido trinômio articulado do ideário neoliberal para as políticas sociais, qual seja: a privatização, a focalização e a descentralização. Sendo esta última estabelecida não como partilhamento de poder entre esferas públicas, mas como mera transferência de responsabilidades para entes da federação ou para instituições privadas e novas modalidades jurídico-institucionais correlatas, componentes fundamental da “reforma” e das orientações dos

⁸⁸ A proposta de Política Nacional Antidrogas da Senad pautava-se essencialmente no discurso proibicionista norte-americano, todavia, em determinado momento, ocorreu certa permeabilidade ao enfoque da redução de danos (vide capítulo 6 – “Redução dos Danos Sociais e a Saúde”), dada à pressão política exercida por profissionais e militantes na área de RD já no período em questão. Tem-se assim uma política ambígua, pautada em discursos antagônicos.

⁸⁹ Iniciado em 1º de janeiro de 2003, com término previsto para 2010.

organismos internacionais para a proteção social (BEHRING e BOSCHETTI, 2006, p.156).

No que diz respeito às drogas, o início do referido Governo trouxe expectativas quanto às possíveis alterações na política, havendo a mobilização de setores da sociedade organizada em torno da temática. Como fruto das discussões ocorridas neste período, sobreveio a mudança na nomenclatura da Política Nacional Antidrogas para Política Pública Sobre Drogas e da Senad para Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre drogas, além da colocação deste último órgão sob a direção do Ministério da Justiça, considerado capaz de maior articulação com outros ministérios e com a sociedade civil, em busca de respostas de natureza mais ampla.

Garcia, Leal e Abreu (2008) destacam que, paralelamente à política defendida pela antiga Senad, em 2003, o Ministério da Saúde (que tinha pontos de divergência com a proposta do primeiro órgão) apresentou um conjunto de enfrentamentos relativos à prevenção e tratamento dos usuários de drogas que trazia, em seus pressupostos, elementos consonantes com a perspectiva europeia em matéria de drogas, como, por exemplo, a proposta da Redução de Danos⁹⁰.

O referido documento vinha ainda referendar as discussões até então ocorridas no seio da sociedade brasileira acerca das necessidades de políticas específicas destinadas aos usuários de álcool e outras drogas. Foi arquitetado em meio a um cenário marcado pela aprovação da Lei da reforma psiquiátrica brasileira (10.216/2001)⁹¹, a qual, após 12 anos de “apreciação” pelo Congresso Nacional, foi finalmente sancionada, com diversas emendas em relação à

⁹⁰ Neste contexto, ocorre uma aproximação formal da política de drogas brasileira com a perspectiva europeia, ainda que esta, em termos gerais, permaneça respaldada pela perspectiva norte-americana. Tal aproximação pode ser justificada internacionalmente pelo fortalecimento do bloco europeu nas convenções antidrogas, consubstanciado na Sessão Especial da Assembleia Geral da ONU (UNGASS) de 1998, conforme apontado no capítulo anterior.

⁹¹ “A Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001, também conhecida como Lei Paulo Delgado e como Lei da Reforma Psiquiátrica instituiu um novo modelo de tratamento aos transtornos mentais no Brasil.

No ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo. É somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Federal 10.216 é sancionada no país.

A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo. Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios.

Ainda assim, a promulgação da lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade”. (fonte: <http://saudementalcidadania.blogspot.com/2010/01/lei-paulo-delgado-lei-no-10216-de-6-de.html>)

proposta original. A apropriação da referida proposta pelo Governo Lula foi considerada pelos autores como “inegavelmente marcante”, construída em um contexto político favorável, em que o fortalecimento do controle social, o respeito aos direitos humanos e respaldo das Conferências Nacionais de Saúde Mental foram relevantes.

Anteriormente à divulgação da proposta do Ministério da Saúde em 2003, algumas portarias foram criadas a partir da III Conferência Nacional em Saúde Mental, objetivando estabelecer um programa de atenção aos usuários de drogas, as quais, no entanto, não obtiveram êxito. Neste sentido, cabe lembrar, as tentativas de reestruturação da rede de saúde mental através dos chamados Núcleos de Apoio Psicossociais (NAPS)⁹² – que tinham por base a experiência italiana, na qual os serviços comunitários operavam 24 horas, atendendo praticamente todo tipo de demanda em saúde mental. A estrutura do serviço incluía poucos leitos e tinha grande capacidade de substituição em relação aos hospitais psiquiátricos tradicionais.

De forma geral, o fracasso das experiências desenvolvidas nas décadas anteriores ao documento de 2003 pode ser explicado pela existência de um grande bloqueio no que diz respeito aos avanços da reforma e serviços no plano federal e também um relativo esvaziamento do papel de liderança da política da Coordenação de Saúde Mental no Ministério da Saúde.

Contudo, o sucesso e a difusão de outras experiências comunitárias, como, por exemplo, o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), recolocaram, na década de 2000, a necessidade de se repensar estratégias de saúde mental em nível de saúde primária, além da questão da referência e contrarreferência de serviços psiquiátricos mais complexos em sintonia com a lógica da desinstitucionalização psiquiátrica.

A Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas do Ministério da Saúde preconiza que o cuidado deve ser integral, pautando-se em ações de prevenção, tratamento e educação. Tais ações deverão ser pensadas em conjunto com outros ministérios e com a sociedade civil, reconhecendo-se a complexidade da temática. Neste sentido, a política brasileira de drogas se aproximará da perspectiva europeia, que norteará os princípios gerais da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, sendo definidas, para a operacionalização da mesma, três estratégias de prevenção

⁹² As primeiras experiências municipais de rede de cuidados em saúde mental através dos NAPS foram implementadas na década de 1990, em Santos/ SP.

inter-relacionadas entre si: a Política de Redução de Danos (PRD)⁹³, o estabelecimento dos Centros de Apoio Psicossociais para o atendimento de usuários de álcool e drogas – CAPSad⁹⁴ (equipamento de destaque da política) e as redes assistenciais⁹⁵.

Dentre estas estratégias, destacou-se a implementação em larga escala dos CAPs ad. Inicialmente, foram implantados 250 equipamentos no país, considerando as variedades e níveis de organização dos estados, municípios e do Distrito Federal, as diversidades populacionais existentes e a incidência dos transtornos causados pelo uso abusivo e/ ou dependência causada pelo álcool e outras drogas.

Estes equipamentos foram propostos com o intuito de substituir o antigo modelo assistencial em saúde mental, essencialmente hospitalocêntrico, oferecendo à população atendimento diário, acolhimento e assistência em nível ambulatorial. É parte integrante das redes assistenciais de outras instituições e serviços, novos e antigos, que seriam estruturados e reformulados, visando atender aos pressupostos estabelecidos na nova política.

A partir de 2002, o Ministério da Saúde assumiu a redução de danos como estratégia, estando a mesma presente em vários programas da instituição, entre os quais a Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas e o Programa Nacional DST/ AIDS⁹⁶. O referido órgão chegou a publicar sua proposta da Política Nacional de Redução de Danos, a qual, todavia, não chegou a ser concretizada.

Segundo Rodrigues (2004), as alterações consubstanciadas na Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas do Ministério da Saúde (2003) influenciaram na constituição das novas legislações que versavam acerca da matéria. Todavia, a despeito dos avanços ocorridos, ainda foi possível perceber a permanência do ranço proibicionista sob certos aspectos⁹⁷. É o caso da mais recente Lei de Drogas (11.343), de 26 de agosto de 2006,

⁹³ O estudo específico da política de redução de danos brasileira extrapola os objetivos de nosso estudo. Para um conhecimento geral acerca do modelo de redução de danos, indicamos a leitura do item 2.2.2 desta dissertação.

⁹⁴ O CAPS AD e as redes assistenciais serão abordados no capítulo 4.

⁹⁵ Segundo o documento do Ministério da Saúde, o novo modelo de atenção valoriza a descentralização do atendimento, determinando a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, que configuram as redes assistenciais. Estas últimas deverão ser formadas por vários equipamentos de saúde, desde unidades básicas de saúde e hospitais que mantenham leitos para internações de curta duração, assim como profissionais atuantes no Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde

⁹⁶ A Redução de Danos, conforme anteriormente apontada, “é uma estratégia da saúde pública que visa reduzir os danos à saúde em consequência de práticas de risco. No caso específico do Usuário de Drogas Injetáveis (UDI), objetiva reduzir os danos daqueles usuários que não podem, não querem ou não conseguem parar de usar drogas injetáveis, e, portanto, compartilham a seringa e se expõem à infecção pelo HIV, hepatites e outras doenças de transmissão parenteral”. Inicialmente, esta prática foi introduzida no Brasil no final da década de 1980, objetivando conter a disseminação do HIV entre os “grupos de risco”, entre os quais os UDIs. Disponível em <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS21AF2FB2PTBRIE.htm>. Acesso em: 27/06/2010.

⁹⁷ Como exemplo disso tem-se o aumento da penalidade em relação aos comerciantes ilegais na nova legislação e o estabelecimento de novas situações relacionadas às drogas tidas como “crime”. Tais assuntos serão abordados a seguir.

sancionada com inúmeros artigos vetados, que revogou as legislações anteriores, 6.368/76 e 10.409/02. Entre as novidades, temos a substituição do termo "substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica" por "droga", em consonância com a atual tendência mundial. O destaque ficou para a matéria das penalidades, que veio substituir a disposição presente na legislação ditatorial que vigorava até então, considerando que o capítulo 3 da Lei 10.409/02 havia sido vetado integralmente.

A lei atual estabelece uma maior diferenciação entre usuário e traficante, sendo que, para o primeiro, não existe mais pena de reclusão e sim advertência sobre os efeitos das drogas, prestação de serviço à comunidade e medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo. Com relação ao tratamento, a referida legislação assevera que "O juiz determinará ao Poder Público que coloque à disposição do infrator, gratuitamente, estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado." (Art. 28 § 7º). E ainda: "Na sentença condenatória, o juiz, com base em avaliação que ateste a necessidade de encaminhamento do agente para tratamento, realizada por profissional de saúde com competência específica na forma da lei, determinará que a tal se proceda, observado o disposto no art. 26 desta Lei." (art 47)⁹⁸. Outra novidade da lei é a equiparação entre o usuário e o pequeno semeador de plantas matéria-prima de drogas, desde que o plantio seja realizado em pequenas quantidades e para uso próprio.

A referida legislação centrou-se muito mais sobre o mercado ilícito, regulando inteiramente a matéria e estabelecendo diferenciações quanto a condutas mais ou menos "danosas". Trouxe um leque de possibilidades, especificando novas situações (agravantes e atenuantes) e equiparando novas atividades ao tráfico, tais como: o informante, associação para o tráfico, financiamento do tráfico, entre outros, além do crime de tráfico em si, todos com penas diferenciadas. A penalidade mínima foi aumentada de três a 15 anos e pagamento de 50 a 360 dias-multa para cinco a 15 anos e pagamento de 500 a 1.500 dias-multa. A lei incentiva ainda a delação entre os próprios comerciantes ilegais, visto que há a "delação premiada", que estabelece que o "colaborador da lei" poderá ter sua pena reduzida em até dois terços.

Permanece ainda criminalizado e equiparado ao tráfico o profissional de saúde que, descumprindo o pacto médico-estatal, receitar drogas indevidamente ou em quantidade superior à estabelecida na legislação específica. Assim percebeu-se que, com a sanção da Lei

⁹⁸ Art. 26. O usuário e o dependente de drogas que, em razão da prática de infração penal, estiverem cumprindo pena privativa de liberdade ou submetidos a medida de segurança têm garantidos os serviços de atenção à sua saúde, definidos pelo respectivo sistema penitenciário. Lei 11.343, de 26 de agosto de 2006.

11.343, contraditoriamente, esta última legislação, estabelecida em um contexto democrático, sob alguns aspectos (penalidades relativas ao comércio ilícito), permaneceu mais repressiva do que a anterior. As atividades relativas à prevenção, tratamento e reinserção social, da nova legislação não trouxeram grandes novidades.

Tendo em vista as considerações supracitadas, no que diz respeito às legislações/políticas públicas desenvolvidas pelo Governo brasileiro em matéria de drogas, no período compreendido entre a democratização e na conjuntura brasileira atual, concluímos que estas se encontram permeadas por pressupostos diferenciados no campo político-ideológico (propostas europeia e norte-americana), os quais são mutuamente legitimados no aparato normativo vigente. Tais propostas configuram espaços que refletem múltiplos interesses de âmbito mundial (exigências do capitalismo contemporâneo, ONU, países europeus, EUA) e nacional (interesses dos usuários, trabalhadores da área, familiares, entre outros), constituindo-se num espaço de lutas em torno das possíveis respostas no campo das drogas.

No período em questão, relevantes avanços foram obtidos nesta área, entre os quais, a inclusão da temática (ainda que tardiamente) na esfera da questão social, necessitando, portanto, ser tratada sob o viés da política pública. A perspectiva europeia e sua proposta inovadora no trato das drogas ganham espaço pela primeira vez na legislação nacional, ainda que permeada pelos pressupostos da perspectiva proibicionista, tradicionalmente encampados pela política brasileira.

A rede de atendimento passa a ser formulada e reestruturada em virtude desta política, com destaque para a implantação dos CAPSs ADs. No entanto, posteriormente, tais avanços sofreriam limitações pelas particularidades da conjuntura social, política e econômica brasileira, a qual, comprometida com os ditames do capitalismo internacional, delinearía políticas sociais públicas fragmentadas e precárias, que se desenvolveriam para aquém das necessidades concretas da população. É o que acontece, a título de exemplo, no estado de Minas Gerais, o qual, contando com uma população de 19.850.072 habitantes, em junho de 2009, possuía apenas 14 Centros de Atenção Psicossocial destinados aos usuários de álcool e outras drogas cadastrados no Ministério da Saúde⁹⁹.

Assim sendo, concluímos que a política social brasileira contemporânea encontra-se permeada por aspectos contraditórios que se fazem presentes na legislação nacional vigente em matéria de drogas, possibilitando a configuração de diversas práticas nas instituições

⁹⁹ Fonte: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/capsporuf.pdf>

públicas e privadas existentes, as quais tendem a desenvolver posturas ora mais repressivas, ora mais cidadãs¹⁰⁰.

As diferenças de âmbito estatais, regionais e municipais seguramente influenciarão nas particularidades destas práticas que poderão dar maior ênfase a uma ou outra perspectiva. No último capítulo de nossa dissertação, examinaremos as particularidades da política de drogas juiz-de-forana – através do estudo do seu principal equipamento, o CAPS AD-JF – observando os aspectos prevaletentes na mesma em âmbito municipal e avaliando em que medida esta política inclui (ou não) as especificidades do público adolescente.

¹⁰⁰ São exemplos de práticas brasileiras em matéria de droga, coexistentes na atualidade e tão diferentes quanto aos seus pressupostos político-ideológicos: CAPS ad, hospitais gerais ou psiquiátricos, N.A, comunidades terapêuticas, clínicas psicológicas, justiça terapêutica, PROERD, etc.

4 ADOLESCÊNCIA, DROGAS E POLÍTICA DE DROGAS NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA/MG

A partir deste momento, trazemos as reflexões realizadas ao longo deste estudo para a realidade concreta vivenciada pelo município de Juiz de Fora/MG. Este situa-se na Zona da Mata Mineira, sendo o quarto maior do estado em população, superado apenas por Belo Horizonte, Uberlândia e Contagem. A população estimada pelo IBGE em 2009 era de 526.706 habitantes. É a 36ª maior cidade do Brasil¹⁰¹.

Atualmente, existe no referido município um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD, inaugurado em 16 de maio de 2007, havendo a proposta de construção de mais uma unidade na Zona Norte do município ainda neste ano de 2010. Neste trabalho, estudamos a realidade do setor, suas peculiaridades no atendimento à população adolescente usuária de drogas ilícitas encaminhadas pela Vara da Infância e Juventude/TJMG (VIJ) da Comarca de Juiz de Fora/ MG.

Segundo informações fornecidas pela equipe técnica da instituição, o atendimento a esta população específica é realizado em menor número no CAPS AD-JF, sendo a instituição voltada prioritariamente para o público adulto. O atendimento aos adolescentes se dá principalmente através dos encaminhamentos de instituições voltadas para o atendimento da população infantojuvenil. A demanda espontânea é pequena.

Assim, passemos ao estudo desta instituição e das especificidades do atendimento realizado aos adolescentes usuários de drogas ilícitas encaminhados pela VIJ em Juiz de Fora/MG.

4.1 A situação dos adolescentes usuários de drogas ilícitas na comarca de Juiz de Fora

No item que se inicia, realizamos uma reflexão acerca da situação dos adolescentes usuários de drogas ilícitas atendidos pela VIJ em sua relação com a política de drogas em Juiz de Fora, com enfoque para o CAPS AD-JF. Apresentamos, inicialmente, alguns dados

¹⁰¹ Dado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

estatísticos referentes à relação adolescência, drogas e política de drogas em âmbitos nacional e regional que nos auxiliaram na compreensão das particularidades da realidade municipal.

Segundo o mais recente Relatório Mundial sobre Drogas¹⁰² (WDR, 2009) realizado pela United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC, o Brasil assume posição preocupante no contexto latino-americano e mundial no que diz respeito às drogas, sendo o mesmo: o país com a maior população de opiáceos da América do Sul, com aproximadamente 635.000 usuários (0,5% da população entre 12-65 anos); o 10º país do mundo na apreensão de cocaína (14 toneladas) e o 2º latino-americano no consumo da referida substância; possui o maior índice de aumento no uso da maconha na América Latina; entrou na lista dos 22 países com maiores apreensões mundiais de êxtase; o país latino-americano com maior incidência do uso de anfetaminas.

De forma geral, as estatísticas mundiais vêm demonstrando uma tendência à estabilização do uso de drogas nas Américas, contudo, na América do Sul, o consumo de cocaína e derivados parece estar ainda em expansão. Em relação ao consumo e à produção de maconha, o referido relatório apontou para a ascensão da taxa anual de prevalência no Brasil, a qual mais do que dobrou, passando de 1% em 2001 para 2,6% em 2005. Semelhante fato se deu em relação ao consumo de anfetaminas (ATS¹⁰³), que entre 2001 e 2005, teve o aumento de 1,5% para 3,2%, com destaque para o uso entre alunos secundaristas.

Foi apontada ainda a preocupação com as drogas do grupo do ecstasy, originárias da Europa Ocidental e Central, e consumidas principalmente por jovens das áreas urbanas¹⁰⁴. Dentro deste quadro, vem despertando o interesse da sociedade brasileira e do poder público em geral, na atualidade, a rápida disseminação do crack¹⁰⁵, cujas apreensões cresceram consideravelmente (triplicaram em um ano), tendo seu uso expandido pelas capitais e cidades médias. Inicialmente, o consumo da referida substância era restrito à população marginalizada, todavia, nos últimos dez anos, popularizou-se, abrangendo todas as classes sociais.

¹⁰² Vide Referências.

¹⁰³ ATS – do inglês *Amphetamine-Type Stimulants* – é um tipo de anfetamina.

¹⁰⁴ Apesar de os referidos dados apresentarem-se inicialmente como alarmantes, cabe-nos apontar a necessidade de sua ponderação, principalmente se compararmos com os da Europa e os Estados Unidos. Neste último país, por exemplo, o uso de maconha entre estudantes secundaristas é de duas a três vezes maior do que nos países latino-americanos (22,8% em 2006). No contexto latino-americano, as estatísticas brasileiras se destacam, sendo necessária, também neste caso, uma avaliação cuidadosa da questão, tendo em vista que o Brasil é o país de maior expressão continental na América Latina, possuindo posição de destaque (nos âmbitos social, político e econômico).

¹⁰⁵ A preocupação da sociedade em geral e do poder público com a expansão do crack se expressa, entre outros, através da Campanha Nacional de Prevenção ao uso do Crack, de cunho televisivo, lançada em 16 de dezembro de 2009 pelo Ministério da Saúde.

Foi realizado no ano de 2005 o II Levantamento sobre o uso de drogas Psicotrópicas no Brasil. No período em questão, as conclusões do documento apontavam que: 22,8% da população pesquisada já haviam feito “uso na vida” de alguma droga, exceto tabaco e álcool¹⁰⁶ (a este respeito, cabe mencionar que o consumo de álcool é predominante no país – 12,3%). Entre as substâncias ilícitas, a maconha aparecia em primeiro lugar (8,8%) e os solventes (6,1%), em segundo. A prevalência sobre o uso de Cocaína, Crack e Merla foi de, respectivamente, 2,9%; 0,7%; 0,2%.

As particularidades das regiões brasileiras foram abordadas através dos estudos regionais. Observaram-se, no caso específico da Região Sudeste (amostra: 4.107 entrevistados), de forma geral, porcentagens superiores ao resto do país, por exemplo: 24,5% de seus habitantes já haviam feito “uso na vida” de qualquer droga, exceto álcool e tabaco (Estes permanecem como os mais consumidos na região). A maconha foi a substância de mais alta prevalência (10,3%), seguida dos Benzodiazepínicos (6,6%), Solventes (5,9%) e Estimulantes (3,8%). O “uso na vida” de Cocaína na Região Sudeste também está acima da média brasileira, representando o maior valor encontrado em todas as regiões (3,7%). Quanto ao perfil populacional pesquisado na região, a classe predominante foi a “C” (40%), com situação escolar formada predominantemente por não letrados ou com ensino fundamental incompleto (26,5%). O público adolescente representou 9,7% dos entrevistados.

Ao se estabelecer um estudo comparativo da Região Sudeste em relação ao mesmo levantamento anterior realizado no ano de 2001, observou-se o aumento do consumo de todas as drogas entre 2001 e 2005, exceto o de anticolinérgicos¹⁰⁷, que apresentou significativa diminuição. Houve ainda o aumento na prevalência do “uso na vida” de qualquer droga, que passou de 16,9% para 24,5%. Em relação à população adolescente, houve leve queda quanto ao número de entrevistados (coleta de dados). Ainda no que diz respeito à referida população, o documento de 2005 assinalou:

Na faixa etária de 12 a 17 anos, já existem relatos de uso das mais variadas drogas, bem como facilidade de acesso às mesmas e vivência de consumo próximo. Este dado enfatiza a necessidade de aprimoramento de programas de prevenção nesta faixa etária. Finalmente, 7,8% das jovens relataram terem

¹⁰⁶ A pesquisa não avaliou o uso de drogas lícitas.

¹⁰⁷ Os anticolinérgicos “são plantas e substâncias sintéticas que possuem em comum uma série de efeitos no corpo humano. Entre as plantas, temos as popularmente conhecidas como Saia Branca, Lírio, Trombeta, Trombeteira, Zabumba, Cartucho, Estramônio. São plantas do gênero *Datura* e que produzem duas substâncias, a atropina e a escopolamina, que são as responsáveis pelos efeitos. Entre as substâncias sintéticas, temos aquelas com o mesmo tipo de efeitos que as substâncias naturais (atropina e escopolamina) e estão presentes em medicamentos como o Artane®, o Akineton®, além de colírios e outros.” Disponível em: http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/quest_drogas/anticolinergicos.htm. Acesso: 27/06/2010.

vido abordados por pessoas querendo vender-lhes droga (II LEVANTAMENTO DOMICILIAR SOBRE O USO DE DROGAS PSICOTERÁPICAS NO BRASIL, p. 34).

As estatísticas existentes que abordam a relação adolescência e drogas na atualidade trazem-nos algumas dificuldades na tentativa de se estabelecer uma abordagem mais ampla da questão. Isso porque, de forma geral, as pesquisas realizadas trazem uma visão setorializada da situação dos adolescentes usuários de drogas ilícitas em nosso país, enfatizando determinados aspectos isoladamente (o adolescente em situação de rua, o adolescente e sua relação com o ato infracional, o adolescente estudante de escola pública, etc.).

As pesquisas nacionais de cunho estatístico que abordam a questão do consumo/comércio de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua no Brasil foram realizadas nas décadas de 1980 e 1990 pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID inicialmente em seis capitais brasileiras. Em 2003, em parceria com o Senad e com o apoio da Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas – Cicad, o estudo ganhou proporção nacional com o *Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras*. Na ocasião, foram entrevistados 2.807 jovens entre 10 e 18 anos que estavam recebendo assistência de 91 instituições previamente mapeadas pelos pesquisadores. As conclusões do estudo apontaram um perfil geral dos adolescentes usuários de drogas em situação de rua no Brasil, a saber:

QUADRO 1 - Perfil dos Adolescentes Usuários de Drogas em Situação de Rua (realizado em 27 capitais brasileiras)

Características da população pesquisada: (%)

Sexo

Masculino	Feminino	Total
75,5	24,5	100

Idade (em anos)

10 a 11	12 a 14	15 a 18	Não sabe	Total
14,9	37,3	47,6	0,2	100

Situação escolar

Nunca estudaram	Estudam	Pararam de estudar	Total
2,5	55,8	41,7	100

Situação familiar (mora com família?)

Sim	Não	Total
68,8	31,2	100

Atividades cotidianas

Outras	Uso diário de drogas	Entregam, vendem drogas	Total
43,1	49,5	7,4	100

Fonte: Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras, 2003.

Conforme observamos acima, a maior parte da população entrevistada era constituída principalmente por adolescentes do sexo masculino, de 15 a 18 anos, que ainda estavam na escola (embora pudessem posteriormente vir a abandonar esta atividade). Grande parte (68,8%) possuía vínculos familiares, ainda que tal vinculação pudesse, por vezes, ser apontada como fator estressante e se constituir em um dos motivos para a situação de rua (dados da pesquisa). Dentre as “atividades cotidianas” realizadas, aquelas relacionadas às drogas ultrapassaram 50% do total, ganhando posição de destaque na pesquisa.

O capítulo 3 do levantamento apontava para a necessidade de se estabelecer medidas mais amplas no que diz respeito ao trato dos adolescentes pesquisados em sua relação com as drogas “considerando também o bem-estar físico, psicológico e social da população. Nesse contexto, as contribuições da saúde pública passaram a receber crescente visibilidade, por meio de seus dois grandes pilares: a epidemiologia e a prevenção” (II LEVANTAMENTO DOMICILIAR SOBRE O USO DE DROGAS PSICOTERÁPICAS NO BRASIL, p. 59).

Foi evidenciada, em todas as capitais pesquisadas, a fragilidade dos serviços de atenção às crianças e aos adolescentes em situação de rua, bem como a **dificuldade de encaminhamento para tratamento de dependência e outros problemas de saúde**¹⁰⁸. Essa dificuldade é tão presente que, embora não tenha sido alvo central da pesquisa, foi observada em todas as

¹⁰⁸ Grifo nosso.

abordagens do estudo, ou seja, no próprio levantamento, no mapeamento das instituições e na conversa com os profissionais (LEVANTAMENTO NACIONAL SOBRE O USO DE DROGAS ENTRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RUA NAS 27 CAPITAIS BRASILEIRAS, 2003, p. 72).

Além disso, foi enfatizada a necessidade de adoção de programas/projetos que viessem resgatar a cidadania da população-alvo, tendo em vista que o consumo de drogas por crianças e adolescentes em situação de rua “é um fenômeno associado às condições de vida dessa população. Assim, a questão deve ser abordada de forma abrangente, envolvendo programas voltados à qualidade de vida desses jovens e ao desenvolvimento de seus potenciais” (LEVANTAMENTO NACIONAL SOBRE O USO DE DROGAS ENTRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RUA NAS 27 CAPITAIS BRASILEIRAS, 2003, p. 66).

Por outro lado, as medidas de cunho eminentemente repressivas foram duramente criticadas, considerando que carecem de resultados efetivos: “Entre crianças e adolescentes em situação de rua, em especial aqueles em maior grau de exclusão social, as medidas de controle parecem não fazer diferença ou até mesmo ter efeito contrário. Neste levantamento, foi constatada a facilidade de aquisição de qualquer droga” (LEVANTAMENTO NACIONAL SOBRE O USO DE DROGAS ENTRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RUA NAS 27 CAPITAIS BRASILEIRAS, 2003, p. 61).

Outra pesquisa realizada em nível nacional abordou a questão do uso de drogas entre adolescentes, desta vez no contexto escolar – foi o V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras, realizado em 2004. A primeira pesquisa se deu em 1987 pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas – Cebrid e abrangeu o estudo de dez capitais brasileiras. Outros levantamentos foram realizados posteriormente: em 1987, 1993 e 1997. No entanto, o de 2004 foi o único a abranger dados das 27 capitais brasileiras.

Ao depararmos com o referido levantamento, algumas questões vieram à tona¹⁰⁹, tais como: a dificuldade da realização de pesquisa com os adolescentes usuários de drogas que possuem os vínculos escolares rompidos ou em fase de rompimento (infrequência escolar, evasão escolar, etc.); a necessidade da realização de estudos semelhantes na rede particular de ensino, que seria de suma relevância, pois daria uma visão ampla da questão das drogas no contexto escolar brasileiro. Apesar das dificuldades assinaladas, o levantamento em questão

¹⁰⁹ Através da leitura do documento final, observamos que estas mesmas questões também foram alvo de preocupação por parte de seus pesquisadores.

trouxe dados relevantes à compreensão da temática, sobretudo no que diz respeito às especificidades da Região Sudeste, onde foram pesquisados 9.631 alunos.

QUADRO 2 – Dados da Região Sudeste: Alunos de Escolas Públicas e uso de Drogas – Ensino Fundamental (5ª série em diante) e Médio.

Características da população pesquisada (%)

Sexo

Masculino	Feminino	Não informado	Total
44,8	49,9	5,4	100

Idade (em anos)

10 a 12	13 a 15	16 a 18	≥ 18	Não informado	Total
28,7	37,4	20,4	5,8	7,7	100

Grau escolar

Fundamental	Médio	Total
67,8	32,2	100

Defasagem em série (alunos sem uso na vida de drogas)

Não têm	1 a 2	≥ 3	Não informado	Total
57,1	26,0	9,2	7,7	100

Defasagem em série (alunos com uso na vida de drogas)

Não têm	1 a 2	≥ 3	Não informado	Total
45,7	32,7	13,7	7,9	100

Nível socioeconômico

A	B	C	D	E	Não Informado	Total
3	21,6	46,3	21,5	4,5	3,1	100

Fonte: V levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras, 2004.

No que diz respeito ao uso de drogas, foram utilizadas as categorias “uso na vida” (quando a pessoa fez uso de qualquer droga psicotrópica pelo menos uma vez na vida), “uso no ano” (quando a pessoa utilizou droga psicotrópica pelo menos uma vez nos 12 meses que antecederam a pesquisa), “uso no mês” (quando a pessoa utilizou droga psicotrópica pelo menos uma vez nos 30 dias que antecederam a pesquisa), “uso frequente” (quando a pessoa utilizou droga psicotrópica seis ou mais vezes nos 30 dias que antecederam a pesquisa) e “uso pesado” (quando a pessoa utilizou droga psicotrópica 20 ou mais vezes nos 30 dias que antecederam a pesquisa) para denotar os diferentes usos. Na Região Sudeste, os usos “frequente” e “pesado” corresponderam a 9,7% e 6,1% respectivamente.

Os tipos de drogas mais utilizados pelos adolescentes estudantes de escola pública da Região Sudeste, considerando as categorias sexo, idade, as diferentes drogas utilizadas individualmente e os diversos tipos de uso, foram à maconha, a cocaína e o crack. Entre a população usuária, destacou-se a do sexo masculino, com faixas etárias superiores a 16 anos. Novamente, chamou-se a atenção para a considerável população entre 10 e 12 anos que já havia feito uso de algum tipo de droga. Entre os tipos de uso, é predominante o “uso na vida”.

O referido levantamento estabeleceu em suas conclusões a associação entre uso de drogas e desempenho escolar, afirmando que houve uma maior defasagem escolar entre os estudantes com “uso na vida” de drogas (exceto tabaco e álcool) em relação àqueles “sem uso na vida”. Enfatizou ainda que, entre os primeiros, a porcentagem de infrequência escolar foi maior se comparada aos últimos. Com relação ao contexto geral apontado, as ações propostas também privilegiaram o âmbito pedagógico, não abordando a especificidade da rede de atendimento.

Atualmente há projeto de lei sendo avaliado no Congresso Nacional para instituir a disciplina sobre o álcool e o tabaco. É pouco. O ideal seria a criação de uma matéria escolar aplicada aos primeiros anos do ensino fundamental em que fossem abordados aspectos de uma vida saudável, sem necessariamente englobar as drogas diretamente. Pode-se, por exemplo, falar da poluição de um rio, destacando-se os aspectos benéficos da água limpa. Outro ponto: o levantamento deve ser apenas o início de um processo social que deverá incluir a implementação de programas preventivos adequados a cada realidade e posteriormente avaliar a sua eficácia. É o conjunto de ações

que trará como resultado final uma sociedade mais sadia e nesta função todos devem estar engajados, não apenas o governo (LEVANTAMENTO NACIONAL SOBRE O USO DE DROGAS ENTRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RUA NAS 27 CAPITAIS BRASILEIRAS, 2003, p.372).

Ao pesquisarmos dados concernentes ao uso/comércio de drogas no município de Juiz de Fora/MG, não encontramos um levantamento estatístico amplo que pudesse nos dar uma visão global da situação, somente alguns dados mais gerais relativos a ocorrências policiais (Secretaria de Estado de Defesa Social – SEDS) e internações hospitalares (data SUS), além de inúmeras notícias da mídia jornalística local. Dos levantamentos citados anteriormente, apenas um inclui em sua pesquisa entrevistados deste município (II Levantamento Domiciliar sobre uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil); os demais, em seus estudos regionais, trazem informações do Estado de Minas Gerais com enfoque para a capital mineira.

No que diz respeito à relação adolescência e drogas, não encontramos levantamentos específicos realizados em nível regional/municipal. Nas pesquisas que versam acerca da adolescência, a questão da drogadição é pouco abordada em relação às demais temáticas e, quando a mesma é assinalada, o uso geralmente se encontra associado ao ato infracional. A falta de um levantamento estatístico em âmbito regional/municipal bem fundamentado acerca do assunto reforça o caráter exploratório desta pesquisa, a qual tem por intuito trazer elementos que nos auxiliem na compreensão dos adolescentes em sua relação com a política de drogas no município de Juiz de Fora.

Diante das poucas estatísticas disponíveis, realizamos entrevistas com os adolescentes usuários de drogas ilícitas que se encontravam em atendimento na VIJ/ Comarca de Juiz de Fora, no mês de abril de 2010, visando conhecer estes sujeitos e estudar sua relação com a rede de atendimento municipal, com enfoque para o CAPS AD-JF. O universo amostral se constituiu de 31 adolescentes, tendo sido entrevistados aqueles que aceitaram participar da pesquisa: foram ao todo dez adolescentes¹¹⁰. Uma das entrevistas foi desconsiderada pelo fato de o adolescente não ser proveniente de Juiz de Fora e haver realizado os tratamentos/projetos sociais voltados para o uso/abuso de drogas em seu município de origem, conforme explicitado anteriormente. A escolha dos entrevistados se deu a partir da determinação de um perfil prédefinido: o adolescente e sua relação com as drogas, sendo as categorias “uso frequente” e “uso pesado” privilegiadas, devido ao local de realização da pesquisa (VIJ), que

¹¹⁰ Aproximadamente 30% dos entrevistados.

reflete certa dificuldade da família e do poder público para lidar com a questão, necessitando da intervenção da esfera judiciária.

Dos nove adolescentes pesquisados, seis foram encaminhados pela equipe técnica socioeducativa e pela psiquiatra forense, tendo sido de suma importância a colaboração destes técnicos para a realização deste estudo. Dois adolescentes estavam cumprindo medida socioeducativa de semiliberdade e, para entrevistá-los, contamos com o apoio da diretoria do Polo de Evolução de Medidas Socioeducativas (Pense). Outros dois adolescentes (um dos quais em acolhimento institucional) foram atendidos anteriormente por nós e, na ocasião, continuavam em atendimento pelo Setor Socioeducativo, tendo em vista seus envolvimento posteriores com ato infracional. Para entrevistarmos o adolescente que se encontrava em acolhimento institucional, entramos em contato com a equipe técnica do abrigo, a qual permitiu que a entrevista fosse realizada nas dependências da instituição¹¹¹.

Apenas um caso foi-nos repassado pelo Setor Técnico de Serviço Social e Psicologia, tendo em vista que os profissionais afirmaram que, naquele momento, não estavam em atendimento no setor novos casos com o perfil assinalado. O adolescente indicado também estava em acolhimento institucional na mesma instituição do primeiro, tendo sido o mesmo entrevistado por nós. Uma profissional sugeriu-nos a entrevista de um adolescente anteriormente atendido por ela e que, no momento, estava cumprindo medida de internação no Centro Socioeducativo. Todavia, em contato com a referida instituição, não nos foi possível entrevistar este adolescente, visto que não havia tempo hábil para a realização dos trâmites exigidos pela instituição para a autorização da pesquisa. Considerávamos, sem dúvida, de suma relevância entrevistar o referido adolescente, o que não foi possível. Contudo, entre os adolescentes encaminhados pela equipe socioeducativa, havia três egressos do Centro Socioeducativo e assim foi-nos possível conhecer um pouco acerca da realidade destes adolescentes.

Nossa opção por entrevistar os adolescentes atendidos pela Vara da Infância e Juventude não se deu somente por ser este o nosso local de trabalho (o que de certa forma nos facilitaria o estudo), mas também por representar a última instância no atendimento à criança e ao adolescente negligenciado em seus direitos de cidadania. Assim, tínhamos por pressuposto que, quando um caso chegava ao conhecimento do Poder Judiciário, haviam se esgotado as perspectivas de atendimento no Poder Executivo, o que não se confirmou ao longo da pesquisa, tendo em vista que quase a metade dos entrevistados (quatro) revelou não

¹¹¹ O nome da instituição de acolhimento não será revelado com o objetivo de preservar a identidade do adolescente.

ter recebido qualquer atendimento em matéria de drogas antes de chegarem ao Judiciário. É o caso de Yuri¹¹² (17 anos), que reside com a mãe (diarista) e três irmãos. Este cumpriu medida socioeducativa de semiliberdade em virtude de ter cometido um ato infracional. Na ocasião, havia retomado os estudos, estava na sexta série. O único projeto social de que participou foi o “pequeno jardineiro”.¹¹³ A mãe era beneficiária do bolsa família. Em entrevista, o adolescente justificou sua não inclusão na rede pública de antidrogas: “*nunca tive oportunidade de realizar um tratamento. Você sabe, por conta própria ninguém vai. Minha mãe sustentava a casa sozinha, eu e meus irmãos somos ‘menores’.* Ela não podia perder um dia de trabalho e me levar ao tratamento. Um dia de serviço são cinquenta reais”.

Ainda considerando o discurso proferido por esse adolescente que fala da dificuldade de ir sozinho ao serviço, apesar da idade, observamos a mesma alegação por parte também de Felipe (16), que diz ter abandonado o tratamento em virtude de a mãe não poder acompanhá-lo aos atendimentos. A este respeito, cabe-nos ressaltar a necessidade do apoio familiar no tratamento em matéria de drogas em conformidade com a perspectiva europeia, a qual inclui outras necessidades, além da médico-psiquiátrica, no atendimento ao usuário. Em ambas as entrevistas assinaladas, foram ressaltadas as dificuldades dos responsáveis no acompanhamento dos adolescentes em decorrência da carga horária de trabalho, problemas financeiros e do horário de atendimento do serviço.

Neste sentido, cabe-nos refletir acerca da problemática familiar e da possibilidade de o ente doméstico assumir os cuidados com os membros adolescentes no contexto brasileiro atual. Tal assunto foi abordado no capítulo 2, que fala acerca do “prolongamento da adolescência”, com a conseqüente responsabilização familiar no provimento destes sujeitos, em virtude da necessidade de escolarização prolongada, da dificuldade futura na inclusão produtiva destes jovens e das poucas políticas sociais voltadas para esta questão na atualidade.

O referido quadro torna-se ainda mais dramático em países como o Brasil, no qual, os crescentes níveis de desigualdade econômica, aliados à inoperância estatal, têm configurado

¹¹² Conforme mencionamos anteriormente, os nomes citados neste estudo são fictícios, escolhidos pelos próprios adolescentes, tendo em vista a preservação da identidade estabelecido no ECA (art 17) e o atendimento à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que garante o anonimato no caso de pesquisas envolvendo seres humanos.

¹¹³ Inaugurada no ano de 1997, a Casa do Pequeno Jardineiro é um projeto da Prefeitura municipal de Juiz de Fora que tem como meta promover o aprendizado e a profissionalização de adolescentes, oportunizando um trabalho voltado para a Educação Ambiental. No curso, com duração de seis meses, os adolescentes aprendem Produção de Mudanças e Sementes, Horticultura, Plantas Medicinais, Minhocultura, Paisagismo e Jardinagem. Na parte de habilidades básicas e gerenciais, recebem ainda aulas de Cidadania, Estatuto da Criança e do Adolescente, Direitos Trabalhistas e Segurança no Trabalho, Postura Profissional, Saúde do Adolescente e Noções de Associativismo e Cooperativismo. Fonte: http://www.acesa.com/arquivo/cidade/jfhoje/1998/08/21-Casa_do_Pequeno_Jardineiro_assina_acordo_com_Unesco/

um cenário de desesperança em relação ao futuro destes jovens, que não conseguem vislumbrar para si perspectivas de futuro. Diante disso, cabe aos membros adultos da família, através das estratégias desenvolvidas em seu cotidiano (trabalho formal, informal, com carga horária expandida, mais de um vínculo profissional, etc.), garantir o sustento dos adolescentes, mas estes membros têm, contraditoriamente, cada vez menos disponibilidade para acompanhar o processo de desenvolvimento dos adolescentes, conforme apontado nos relatos de Yuri e Felipe.

Através da pesquisa de campo, foi-nos possível estabelecer um perfil socioeconômico destas famílias e dos adolescentes entrevistados por nós, os quais, apesar de não corresponderem à parcela representativa da realidade do município devido à pequenez da amostra, fazem-nos pensar acerca da realidade destes sujeitos em sua relação com as drogas em Juiz de Fora. A maioria dos entrevistados (oito) é do sexo masculino, possui entre 16 e 18 anos, é parda e negra, aproximando-se do perfil estabelecido nas estatísticas nacionais e regionais referentes aos adolescentes usuários de drogas.

Quatro adolescentes residem com a mãe ou outro familiar, além de irmãos. Não vemos, em nenhum dos casos, a figura paterna assumindo o papel referencial em relação aos filhos, seja sozinha ou com o apoio de terceiros. Dois adolescentes encontram-se institucionalizados, para os quais a figura familiar principal era a avó, posteriormente, tios ou mãe e, por fim, o Estado.

Quadro 1 – Perfil Socioeconômico e Familiar dos Adolescentes Entrevistados

Características (Número de entrevistados)

Sexo

MASC	FEM	Total
8	1	9

Idade (em anos)

14	15	16	17	18	Total
1	0	2	4	2	9

Cor

Negro	Pardo	Total
1	8	9

Reside com quem?

Ambos os pais	Um dos pais + irmãos	Abrigo	Outro (mãe, padrasto e irmãos)	Total
2	4	2	1	9

Responsabilidade pelo sustento da família (familiares que trabalham)

Somente a mãe	Somente o pai	Mãe + pai	Mãe + pai + irmãos	Mãe ou pai + irmãos	Outro familiar	Total
3	0	1	1	1	3	9

Recebem benefícios governamentais

Sim	Não	Não sabem	Total
4	3	2	9

Fonte: Pesquisa realizada com os adolescentes usuários de drogas ilícitas atendidos pela VIJ/TJMG em abril de 2010.

Alguns aspectos nos chamam a atenção em relação às famílias dos adolescentes pesquisados: na maioria dos lares retratados, o trabalho feminino (principalmente mãe) é primordial na garantia do sustento destes adolescentes. Duas das famílias são formadas por pai, mãe e filho (s), todavia, em uma delas, o ente masculino encontra-se desempregado e a mulher assumiu inteiramente as despesas da casa. Há um único caso em que o homem (padrasto) assumiu as despesas da família e a mulher não exercia nenhuma atividade laboral; em todos os outros, a mulher assume relevante papel na constituição da renda familiar.

Estes dados iniciais fazem-nos refletir acerca das transformações/dificuldades ocorridas no âmbito familiar, seja de ordem socioeconômica, seja em relação à própria constituição familiar que, a despeito das definições oficiais, vem assumindo contornos

diferenciados, sobretudo a partir das alterações ocorridas no cenário sociocultural mundial e nacional¹¹⁴, culminando nos chamados “novos modelos familiares”¹¹⁵, os quais não estudaremos aqui, por extrapolar os objetivos desta dissertação.

Considerando o papel relevante assumido pelo trabalho feminino no sustento destas famílias, trazemos uma relação das profissões assumidas por estas mulheres que se constituem, por vezes, em referencial destes lares, são elas: doméstica (três), cozinheira (duas), serviços gerais (uma) e catadora de papel (uma). Observando mais atentamente este perfil, ressaltamos que estas mães, em geral, tendem a ser negras ou pardas (considerando a etnia dos adolescentes), possuem profissões mal remuneradas e trazem consigo uma grande responsabilidade: o cuidado com os filhos. Szymanki (2002) fala da associação estabelecida usualmente (e que, por vezes, encontra respaldo em dados estatísticos nacionais) entre monoparentalidade feminina, etnia e pobreza, trazendo o estigma social de que as mulheres “representam a parcela com menores condições de oferecer cuidados básicos para seus filhos” (SZYMANKI, 2002, p. 51) Neste sentido, há que se pensar na “marca” que estas mães carregam ao verem seus filhos envolvidos com situações pelas quais elas são chamadas a responder judicialmente.

Quadro 1.1) Gênero, profissão e pobreza: as mães dos adolescentes usuários de drogas ilícitas atendidos pela VIJ/TJMG

Profissão das mães

Doméstica	Cozinheira	Serviços gerais	Catadora de papel	Do lar	Total
3	2	1	1	1	8 ¹¹⁶

Fonte: Pesquisa realizada com os adolescentes usuários de drogas ilícitas atendidos pela VIJ/TJMG em abril de 2010.

¹¹⁴ Para mais detalhes, indicamos a leitura da Revista Serviço Social e Sociedade n. 71, a qual se dedica à família e às transformações ocorridas na mesma nas últimas décadas.

¹¹⁵ Szymanki (2002, p.10), em seu artigo, aponta para nove tipos de composição familiar existentes na atualidade, a saber:

“1) família nuclear, incluindo duas gerações, com filhos biológicos;
 2) famílias extensas, incluindo três ou quatro gerações;
 3) famílias adotivas temporárias (Foster);
 4) famílias adotivas, que podem ser birraciais ou multiculturais;
 5) casais;
 6) famílias monoparentais, chefiadas por pai ou mãe;
 7) casais homossexuais com ou sem crianças;
 8) famílias reconstituídas depois do divórcio;
 9) várias pessoas vivendo juntas, sem laços legais, mas com forte compromisso mútuo” (SZYMANKI, 2002, p. 10).

¹¹⁶ Uma das mães era falecida.

Quanto ao perfil dos adolescentes entrevistados, o primeiro ponto a ser estudado refere-se ao cotidiano escolar. Dentro do universo amostral pesquisado, observamos que apenas quatro adolescentes ainda continuavam na escola: destes, todos estavam cumprindo, ou já haviam cumprido, alguma medida socioeducativa ou permaneciam em acolhimento institucional. A matrícula escolar foi efetivada pelo responsável institucional, havendo certa obrigatoriedade quanto à mesma devido ao fato de estes sujeitos estarem sob a tutela estatal. Outro adolescente, também em acolhimento institucional, iria retomar os estudos, visto que havia chegado há pouco tempo à instituição, e a pedagoga estava providenciando os documentos para sua inclusão escolar. Entre os que permaneciam sob os cuidados da família, nenhum estava na escola, apesar de haver relatos de que, em momentos anteriores, os familiares haviam realizado a matrícula destes adolescentes.

Quadro 2) Perfil Escolar dos Adolescentes Entrevistados

Estuda?

Sim	Não	Total
4 ¹¹⁷	5	9

Escolaridade

1 ^a – 5 ^a série	6 ^a – 8 ^a série	Ensino médio incompleto.	Não sabem	Total
3	3	1	2	9

Escola

Pública	Particular	Total
9	0	9

Fonte: Pesquisa realizada com os adolescentes usuários de drogas ilícitas atendidos pela VIJ/TJMG em abril de 2010.

Com relação aos níveis de escolaridade, observou-se, de forma geral, uma tendência à defasagem escolar¹¹⁸: seis adolescentes (entre 14 e 18 anos) não haviam completado o ensino

¹¹⁷ Todos em cumprimento de medida socioeducativa ou abrigo.

fundamental, três (14, 16 e 17 anos) não tinham a quinta série concluída; dois (16 e 17 anos) não sabiam informar sua escolaridade. Apenas uma adolescente (acabou de completar 18 anos) possuía o ensino médio incompleto e, na ocasião, não estava estudando. Todos os adolescentes da pesquisa haviam estudado ou estavam cursando o ensino em escolas públicas.

A este respeito, cabe-nos lembrar as reflexões realizadas por Rua (1998), das quais compartilhamos no capítulo 3, que apontam para a precariedade da qualidade do ensino público destinado aos “jovens que ainda se mantêm na escola”, principalmente se comparada às exigências de qualificação do mundo atual e às elevadas taxas de desemprego e subemprego juvenil. A inadequação do ensino público e as dificuldades de acesso aos níveis técnicos/superiores tornam cada vez difícil a inserção futura destes jovens no mercado formal de trabalho, sobretudo nos países pobres.

Torna-se relevante mencionar ainda as exigências atuais de prolongamento dos anos escolares (ensino médio, curso técnico, graduação, especialização, mestrado, doutorado, etc.) que não encontram respaldo nas urgentes necessidades cotidianas destes adolescentes e de suas famílias¹¹⁹. Daí, o desestímulo em relação à vida estudantil e a opção por meios mais rápidos (legais ou ilegais) de satisfação de suas necessidades básicas.

Este desestímulo em relação à vida estudantil foi observado na maioria das entrevistas realizadas com os adolescentes, que tinham o assunto “emprego” como preferencial. A maioria dos entrevistados (oito) afirmou que estava realizando ou havia realizado em determinado momento da vida algum tipo de atividade laboral, em geral com caráter informal (bico). Cabe ressaltar ainda que ao menos um adolescente (Felipe) justificou sua inserção em atividades ilícitas (entre as quais o comércio de drogas) a partir da falta de oportunidades nesta área. Atualmente, Felipe (16 anos) relatou que estava trabalhando com atividades esportivas, carga horária de 8h, salário de R\$ 100,00 semanais. Não estava inserido na escola. Afirmou ainda que, em virtude de haver conseguido o “emprego”, não praticava mais o comércio ilícito, apesar dos rendimentos relativos a este último serem melhores segundo ele.

Quadro 3) Inclusão dos Entrevistados em Projetos Sociais voltados para a Inclusão Produtiva e no Mercado de Trabalho:

¹¹⁸ Tendência apontada no V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 capitais brasileiras (2004).

¹¹⁹ Considerando a situação socioeconômica anteriormente apontada no estudo de suas famílias.

Trabalha?

Sim	Não	Total
1	8	9

Dos que não trabalham

Nunca trabalhou	Já trabalharam, mas não trabalham atualmente	Total
1	7	8

Participa de projetos sociais?

Sim	Não	Total
3	6	9

Dos que não estavam participando de projetos

Nunca participaram	Já participaram, mas não estavam participando no momento	Total
3 ¹²⁰	3	6

Fonte: Pesquisa realizada com os adolescentes usuários de drogas ilícitas atendidos pela VIJ/TJMG em abril de 2010.

Considerando que a atual legislação brasileira apresenta restrições quanto ao vínculo empregatício dos adolescentes (artigos 60 a 69 do ECA), abordamos essa temática com os entrevistados a partir de sua inclusão nos programas municipais de qualificação profissional. A este respeito, quatro adolescentes afirmaram que realizaram, em algum momento, ou iriam iniciar sua participação em algum projeto social, visando à qualificação profissional, sendo o mais citado o projeto municipal “Casa do Pequeno Jardineiro”

Quanto à participação em tais projetos, chama-nos a atenção o fato de três adolescentes terem mencionado que nunca participaram dos mesmos em virtude de não estarem regularmente matriculados em instituição escolar (pré-requisito na maioria deles) e da falta de documentos. A falha na inclusão destes adolescentes traz novamente à baila o exposto por nós no capítulo 3, em que Cassab (2003), citando as características das políticas públicas

¹²⁰ Não estava na escola, falta de documentos.

voltadas para os jovens pobres¹²¹ no Brasil, fala acerca da exigência de uma “contrapartida” por parte dos usuários que se configura mais em normas estritamente burocráticas (inclusão escolar, documentos) do que na interação entre o público-alvo e a instituição executora da política social, reforçando a subalternidade e exclusão social destes adolescentes.

No que diz respeito à relação escola/emprego – e, por vezes, comércio ilícito –, construída pelos adolescentes entrevistados, observamos que esta reflete os valores presentes no seio da sociedade capitalista contemporânea. Trata-se dos reflexos do paradigma pós-moderno na sociedade capitalista brasileira atual, estudado no capítulo 2, em que os valores, tais como, o individualismo, a felicidade a todo custo, o gozo pelo gozo, têm se fortalecido e ganhado espaço nas relações cotidianas. Por outro lado, o consumismo vem alcançando sucesso ao atribuir à felicidade um valor monetário que pode ser traduzido em objetos de prazer (roupas, diversões, drogas). Assim, no intuito de se alcançar os anseios almejados, por vezes, não importa os meios utilizados e sim os objetivos a serem conquistados.

Diante do exposto, a escolarização é uma trilha longa e incerta, visto que, ao seu final, não existe a garantia de uma inclusão socioeconômica satisfatória, ao menos em nossa sociedade atual. Além disso, os sacrifícios exigidos para sua concretização são consideráveis, o que vem de encontro ao gozo da juventude e à satisfação imediata¹²² das necessidades destes sujeitos. O emprego informal e com poucas exigências quanto à qualificação profissional, experimentado por oito dos nove adolescentes entrevistados, traz a possibilidade da imediata satisfação de algumas necessidades com os limites estabelecidos pela faixa salarial do trabalho destes adolescentes. A partir daí, estes realizam pequenas aquisições e, em alguns casos, auxiliam nas despesas domésticas. O comércio ilícito traz a possibilidade de uma maior satisfação de necessidades em curto prazo, todavia, segundo os entrevistados, “os riscos” que a experiência traz e, principalmente, o apelo familiar (mãe), fizeram com que os sujeitos entrevistados deixassem a atividade, optando pelo emprego, mesmo que informal.

Outro ângulo abordado em nossa pesquisa com relação ao cotidiano dos adolescentes estudados foi o aspecto sociocultural. Indagamos aos mesmos acerca “do que eles fazem para se divertir”. Nas respostas, observamos que a maioria apontou atividades simples, as quais, para a sua realização, não são necessários recursos de ordem financeira e nem maior planejamento/organização, tais como: “jogar bola” e “brincar”. Não foram citadas atividades comunitárias ou eventos realizados com o apoio do poder público que estimulassem o

¹²¹ Que tinham o controle social como norte. Para mais detalhes sobre as características destas políticas, retome a leitura do capítulo 2.

¹²² Característica do legado pós-moderno. Vide capítulo 2.

desenvolvimento da potencialidade escolar ou a exploração do potencial artístico deste público-alvo, sugerindo a necessidade de maior empenho do poder público nesta área.

Consideramos o aspecto sociocultural de suma relevância para o desenvolvimento e formação da personalidade dos jovens no mundo contemporâneo. Assim, acreditamos que as iniciativas tomadas neste campo possam contribuir para mudanças substanciais, seja em relação ao futuro destes jovens, seja em relação ao futuro do Brasil de forma geral. Compartilhamos com o anteriormente exposto por Rua (1998)¹²³ acerca da necessidade de se “investir” na juventude como parcela privilegiada da população de um país “capaz de decifrar os novos códigos e conteúdos que estão emergindo no atual modelo de sociedade” (RUA, 1998, p. 428).

No que se refere à relação adolescência e política de drogas, estabelecemos inicialmente um perfil geral dos usuários e, posteriormente, discutimos a relação entre estes e a rede de atendimento municipal, com ênfase para o CAPS AD-JF. Através da pesquisa de campo, observamos que cinco dos adolescentes entrevistados afirmaram ter usado drogas pela primeira vez antes dos 14 anos de idade – dois iniciaram aos 12, e três, aos 13 anos de idade. Há de se considerar ainda que uma parcela considerável dos entrevistados (quatro) iniciou este uso mais tardiamente – a partir dos 15 anos.

Ao serem indagados acerca do tipo de substância consumida, a maioria dos adolescentes relatou ter feito uso de maconha (todos), cocaína (seis) e crack (três). Foram citadas ainda outras substâncias como a loló, cola de sapateiro, *ecstasy* e *freebase* (mistura de maconha e crack). A bebida alcoólica e o tabaco inicialmente não foram citados pelos adolescentes, no entanto, posteriormente, alguns faziam menção às referidas substâncias. Dos entrevistados, cinco afirmaram ter parado de usar drogas e quatro ainda continuavam a fazê-lo.

Quadro 4) O Adolescente e sua Relação com as Drogas (atendimentos da VIJ)

Tipo de droga que já usou ou ainda usa (respostas múltiplas)

Maconha	Cocaína	Freebase	loló	cola	crack	Exctase
9	6	1	1	2	3	1

¹²³ Vide capítulo 2.

Atualmente?

Continuam usando	Não está usando	Total
4	5	9

Já vendeu drogas alguma vez?

Sim	Não	Total
6	3	9

Atualmente, continua vendendo?

Sim	Não	Total
0	9	9

Fonte: Pesquisa realizada com os adolescentes usuários de drogas ilícitas atendidos pela VIJ/TJMG em abril de 2010.

Com relação a alguns dados citados no parágrafo anterior, cabe-nos lembrar as estatísticas referentes ao uso de drogas entre estudantes de escolas públicas relativas à Região Sudeste do país¹²⁴ que apresentamos no início deste capítulo. Estas afirmavam que os tipos de drogas mais utilizados por estes adolescentes eram a maconha, a cocaína e o crack, o que se confirmou em nossa pesquisa de campo. Estabelecemos esta comparação tendo em vista que todos os adolescentes pesquisados são provenientes de escolas públicas¹²⁵.

A experiência inicial dos adolescentes com as drogas em geral traz elementos coincidentes em todas as entrevistas: a influência do grupo de pares, a curiosidade e relatos de prazeres perpassam as histórias de vida. Tais elementos, de certa forma, retratam as características próprias da fase da adolescência apontadas no capítulo 2, na qual as mudanças na forma de ser, sentir e pensar a vida (que abrangem os mais diversos aspectos do cotidiano) trazem à tona conflitos e a busca por novas experiências. Tais questões certamente perpassam o relacionamento do adolescente com as drogas, todavia não devem ser consideradas como

¹²⁴ V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras

¹²⁵ Cabe-nos ressaltar, todavia, que, ao estabelecermos relação entre a nossa pesquisa de campo e as estatísticas oficiais, o fazemos tão somente para apontar semelhanças/diferenças em relação ao quadro assinalado, o que reflete (dentro dos limites impostos pela amostra) a realidade dos adolescentes atendidos pela VIJ no mês de abril de 2010.

determinantes deste uso, tendo em vista que uma parcela dos adolescentes (apesar de viver os mesmos conflitos e emoções) não faz uso destas substâncias.

Um aspecto que mereceu destaque em nossa pesquisa no que diz respeito ao perfil dos adolescentes em sua relação com as drogas certamente foi o comércio ilícito. Dos nove entrevistados, seis afirmaram ter realizado, em algum momento da vida, o referido comércio. Durante a pesquisa, nenhum dos entrevistados afirmou que continuava a fazê-lo. Dos que afirmaram tê-lo feito em algum momento da vida, três relataram que passaram a vender drogas exclusivamente para ter dinheiro e comprar a substância para uso próprio. Os outros três afirmaram que, além do uso próprio, iniciaram no comércio ilícito em virtude das precárias condições socioeconômicas vivenciadas por sua família. Neste caso, o tráfico representava, também, para esses entrevistados, uma fonte de renda, além da possibilidade de ascensão econômica e elevação do padrão de vida. É o que podemos ver nos relatos de Vida Loka (14 anos) e Yuri (17 anos) a seguir:

mesmo antes de usar drogas eu já roubava, roubava para comprar minhas roupas, minha mãe não tinha condições, eu queria usar roupa de marca bonita igual na TV. Depois que passei a usar drogas, também roubava, depois passei a vender (Vida Loka).

nossa situação em casa era crítica, meu pai não dava pensão (vi ele uma vez só). Antes de usar drogas, já roubava, roubava pra comprar roupa, não tinha dinheiro. Depois que conheci as drogas, passei a vender para comprar roupa e também pra ajudar minha mãe (mas ela não aprovava isso) (Yuri).

O comércio de drogas e sua conexão com a adolescência foram estudados no capítulo 3 desta dissertação, onde refletimos sobre essa questão a partir de Dowdney (2003), que insere a referida atividade nos preceitos da sociedade capitalista contemporânea. Segundo o autor, o tráfico de drogas se encontra altamente organizado no país, possuindo uma estrutura complexa e bem delineada. Aos seus trabalhadores não é exigido nenhuma espécie de “qualificação profissional” ou “escolaridade”, podendo ser executado inclusive por crianças e adolescentes. O “retorno salarial” é imediato, sendo em média cinco vezes maior que o salário mínimo legal nas classes mais baixas de “trabalhadores”.

Diante disso, percebe-se a considerável diferença entre alcançar os objetivos pessoais e familiares através da escolaridade tradicional (e, após mais de uma década de estudo, alcançar a tão sonhada vaga no mercado de trabalho, ganhando um salário não tão atraente) e através do comércio ilícito. Somado ao imediatismo de obter um ganho, há outro aspecto fortemente presente nos dias de hoje e que esteve presente no discurso dos adolescentes

entrevistados (entre os quais Yuri e Vida Loka), mantendo certa relação com o desenvolvimento deste comércio, trata-se do consumismo.

Esta temática também foi abordada no capítulo 3, onde falamos do papel da mídia na sociedade de consumo atual e dos valores que são repassados à juventude em geral, segundo os quais o “ter” prevalece sobre o “ser”. Aquele que tem uma “roupa de marca”, “carro do ano”, “tênis bonito” terá mais oportunidades na vida, irá namorar as “meninas mais bonitas”, será “popular”, “descolado”, seus amigos irão respeitá-lo (esta é a voz que a mídia imprime no coração dos adolescentes cujas personalidades ainda estão em formação).

Em sua entrevista, Vida Loka fala que “*queria usar roupa de marca bonita igual na TV*” e, para alcançar tal objetivo, o comércio de drogas foi a “ponte”. Autores como Conte et al. (2007) apontam para as consequências do incentivo desenfreado do consumo em contextos de extremas desigualdades sociais e dificuldades de inserção no mundo produtivo, como é o caso do Brasil, que tem favorecido a “cultura da criminalidade” em virtude da falta de perspectivas e de políticas públicas formuladas para a juventude.

Quadro 5 – O Adolescente e sua relação com a rede de Atendimento em matéria de Drogas no município de Juiz de Fora/MG

Você já fez alguma coisa no intuito de se tratar?

Sim	Não	Total
5	4 ¹²⁶	9

Tratamentos que já realizou (respostas múltiplas)

CAPS AD	Acompanhamento psicológico	Apoio religioso	Internação hps	Ajuda mútua	Internação clínica psiquiátrica	Centro socioeducativo
4	4	3	3	1	2	2

¹²⁶ Todos os adolescentes foram encaminhados pelos Setores Técnicos ao CAPS AD-JF, todavia, três estavam iniciando o tratamento (com entrevistas iniciais agendadas ou haviam participado da primeira entrevista) e dois afirmaram que “não precisavam de ajuda”. Destes últimos, um afirmava que era capaz de “parar de usar drogas sozinho” com sua “força de vontade”, e outro assinalava que “não era viciado” (sic).

De quem foi a iniciativa de procurar tratamento?

Do adolescente	Família	Abrigo/VIJ	Não realizaram tratamento	Total
1	2	3	3 ¹²⁷	9

O que achou dos tratamentos que recebeu – de forma geral, não especifica a instituição – respostas múltiplas

Fui poucas vezes	Não gostaram e pararam	Foi bom e ajudou bastante	Tenho ido regularmente, mas não estou gostando
1	2	3	1

Fonte: Pesquisa realizada junto aos adolescentes usuários de drogas ilícitas atendidos pela VIJ/TJMG em abril de 2010.

A relação dos adolescentes com a rede de atendimento foi a temática que tivemos maior dificuldade em abordar com os entrevistados, tendo em vista que suas respostas eram parcas e estes, por vezes, tinham dificuldades de fundamentá-las, expondo sua opinião a respeito. Ao serem indagados se já haviam feito “alguma coisa” no intuito de “se tratarem”, cinco adolescentes entrevistados afirmaram que sim. Destes, a maior parte (quatro) relatou ter realizado ou estar em tratamento no CAPS AD-JF ou instituição de acompanhamento psicológico¹²⁸; três afirmaram que já realizaram tratamento de desintoxicação no Hospital de Pronto Socorro (HPS) ou receberam algum tipo de apoio de cunho religioso que lhes foi útil (a maioria citou igrejas evangélicas); dois afirmaram que foram internados em instituições psiquiátricas e dois afirmaram ter realizado “tratamento” no Centro Socioeducativo¹²⁹. As particularidades da rede de atendimento em matéria de drogas no município de Juiz de Fora/MG serão abordadas no item seguinte.

¹²⁷ Dos quatro que não haviam realizado tratamento, um iria iniciar o mesmo por iniciativa da VIJ.

¹²⁸ Quanto ao acompanhamento psicológico, a maioria dos adolescentes relatou estar inserida no Serviço de Referência para Adolescentes. Os que afirmavam estar realizando acompanhamento em outra instituição na verdade não estavam, visto que consideravam as entrevistas realizadas na instituição de acolhimento ou na VIJ para fins de estudo psicológico como terapia.

¹²⁹ Local de cumprimento de medida socioeducativa em meio fechado (internação). Com relação ao suposto “tratamento” realizado nesta instituição, não nos foi possível saber como o mesmo se dá concretamente, todavia, este foi elogiado pelos adolescentes egressos da instituição que relataram a existência de profissionais da área médica e atividades de lazer. Cabe ressaltar ainda que os adolescentes afirmaram ter “parado de usar drogas” após o referido tratamento.

4.2 A política de drogas e o atendimento aos adolescentes usuários de drogas ilícitas em Juiz de Fora – enfoque para o CAPS AD-JF

Apesar da dificuldade de se estabelecer dados estatísticos que retratem a realidade juiz-de-forana no que diz respeito à relação adolescência e drogas, alguns levantamentos realizados em âmbito municipal – Diagnóstico Social da Infância e Juventude (2001), Atlas Social (2006) – deram-nos pistas para apreendermos as características da rede de atendimento juiz-de-forana voltada para os adolescentes usuários de drogas¹³⁰.

O Diagnóstico Social da Infância e Juventude (2001) assinala, com relação ao uso de drogas entre adolescentes em Juiz de Fora, que, em geral, “os indicadores são imprecisos”, sendo poucas as pesquisas realizadas que enfocam essa realidade. A dificuldade na sistematização de dados configura-se, segundo o documento, em um dos elementos dificultadores do planejamento de programas e projetos em conformidade com as reais necessidades da população usuária.

A rede de atendimento é retratada no item 1.2 A.6 do referido documento, intitulado “Saúde Mental e Dependência Química”, que cita as instituições que haviam realizado atendimentos aos adolescentes usuários de drogas entre os anos de 1999 e 2000. Entre as instituições assinaladas, apenas duas eram de caráter público-estatal (o Instituto de Saúde Mental e o Hospital de Toxicômanos) e as demais eram hospitais e clínicas psiquiátricas (Casa de Saúde Dr. Aragão Villar, Casa de Saúde Esperança e Clínica Vila Verde), que atenderam a pelo menos um adolescente no período de realização da pesquisa (1999/2000).

Com relação a estas últimas instituições, cabe ressaltar que o Diagnóstico aponta para a não existência de “um programa específico para crianças e adolescentes¹³¹”, sendo as ações direcionadas ao público adulto “comuns para as diferentes faixas etárias” (DIAGNÓSTICO SOCIAL DA INFÂNCIA E JUVENTUDE, 2001, p.64). As conclusões do Diagnóstico, já naquele período, ressaltavam a necessidade da ampliação da rede de atendimento voltada para a atenção às crianças e adolescentes usuários de drogas.

¹³⁰ Cabe mencionar recente pesquisa realizada pelo Laboratório de Pesquisas em Personalidade Álcool e Drogas - Lappda, da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, que estudou o uso de drogas entre calouros universitários – formados principalmente por jovens entre 17 e 20 anos das classes média e alta. Apesar da relevância da pesquisa, não a utilizamos neste trabalho, tendo em vista que os sujeitos estudados por nós são, em sua maioria, adolescentes das classes populares com baixo nível de escolaridade (o que pôde ser comprovado no universo amostral, que tinha como critério o atendimento pelo Poder Judiciário e relação do sujeito com a droga).

¹³¹ Enfatizado por duas destas instituições no Diagnóstico da Infância e Juventude em Juiz de Fora (2001)

O Atlas Social (2006), que versa sobre o perfil dos atendimentos dos Conselhos Tutelares do município (Conselho Tutelar Sul/Oeste, Conselho Tutelar Centro/Norte e Conselho Tutelar Leste), assinalou a dificuldade no atendimento dos adolescentes usuários de drogas pelas referidas instituições e a conexão destas com o poder público, visando ao atendimento a esta população específica. O documento traz a seguinte conclusão:

Os adolescentes usuários de drogas ainda são tratados como caso de polícia e não como problema social. Outra dificuldade observada é a falta de programas que deem às famílias suporte para enfrentar o problema. O Estado faz o atendimento aos casos de intoxicações graves. A sociedade civil vem desenvolvendo algumas ações isoladas (documento não paginado).

Esta precariedade da rede de atendimento voltada para os adolescentes usuários de drogas em Juiz de Fora/MG era assinalada pela sociedade civil organizada a qual, em seus espaços participativos (Conselhos de Direitos), buscava estabelecer metas para sua superação. Por outro lado, observava-se o desenvolvimento de iniciativas de caráter particular e público não estatal, que estabeleciam propostas de atuação nas áreas de adolescência e drogas¹³² no município, em consonância com a deficiência estatal, o que, de certa forma, incentivava a formação e multiplicação destas instituições.

A este respeito, relembremos o exposto por Bravo (2009) no capítulo 3 deste estudo acerca da ampliação, já em meados da década de 1950 no Brasil, das instituições particulares voltadas para a área médica em virtude do privilegiamento da medicina previdenciária como estratégia para a modernização do setor saúde. Houve ainda, a partir da década de 1960, o declínio das ações de saúde pública no Brasil, ocasião em que o Estado passa a dar pouca ênfase à atuação direta na área, sendo os serviços públicos de saúde vistos como de baixa qualidade e direcionados àqueles que não podiam pagar.

No campo das drogas, a Política juiz-de-forana seguiu a tendência estabelecida nacional e internacionalmente até meados do final do século XX. Anteriormente às recentes alterações na política brasileira abordada no capítulo 3¹³³, as ações governamentais destinadas ao tratamento dos usuários de drogas no município eram restritas, possuindo um caráter eminentemente repressivo (inclusive em relação ao público adolescente). E, ainda em contexto recente, tal quadro não havia sido alterado, conforme noticiado no *site* da UFJF¹³⁴,

¹³² Temáticas estas que, por vezes, eram formuladas separadamente.

¹³³ Documento “A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas”

¹³⁴ <http://www.ufjf.br/dircom/2010/04/28/28-de-abril-de-2010/>

que falava do atraso do município em relação à formulação de uma política de enfrentamento ao uso de drogas entre crianças e adolescentes.

Tal situação reflete o alinhamento do Brasil com a política proibicionista¹³⁵ estadunidense que predominou até meados do Governo FHC, quando não existia uma política específica para se lidar com a questão. Conforme vimos anteriormente, na referida conjuntura, o “tratamento” para as drogas variava desde medidas de saúde pública (com enfoque para saúde mental, entre as quais as internações psiquiátricas) até o cárcere (para os comerciantes). Em relação aos adolescentes, a preocupação restringia-se às medidas preventivas em âmbito escolar. Assim, concluímos que, no período em questão, a Política juiz-de-forana parecia caminhar em consonância com a perspectiva hegemônica no país, podendo ainda ser reforçada pelo excesso de aparatos coercitivos (polícia, Justiça) se comparado aos equipamentos sociais voltados para atenção aos usuários.

Com as alterações ocorridas na Política brasileira de drogas, em meados da década de 2000, materializada no documento do Ministério da Saúde (2004), o Brasil se aproximou da perspectiva europeia, que reconhece os aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais relativo às drogas em detrimento de visões simplistas restritas aos aspectos médico-psiquiátrico e punitivo. Apesar disso, a influência proibicionista ainda se faz presente, permeando a legislação que traz elementos dúbios e conflituosos no trato da matéria¹³⁶. No contexto juiz-de-forano, tal configuração foi abarcada pela política que não superou o enfoque pouco comprometido com a adoção de medidas efetivas em matéria de drogas, conforme noticiado pela imprensa local (Jornal Tribuna de Minas) e pela própria Defensoria Pública do Estado de Minas Gerais em seu *site*¹³⁷, havendo a realização de tratamento de desintoxicação em hospitais psiquiátricos até recente data. A citação abaixo retrata o precário tratamento de desintoxicação oferecido aos adolescentes usuários de drogas ilícitas no Hospital de Pronto Socorro Municipal:

Juiz de Fora não conta com leitos específicos para a internação de pessoas com dependência química. Quando o assunto foi abordado pelo jornal pela primeira vez, no final da década de 1990, autoridades da cidade decidiram que o tratamento desses usuários seria realizado, em caráter provisório, nos hospitais psiquiátricos. A medida, que contraria as determinações do Ministério da Saúde, acabou tornando-se permanente. Passados mais de dez anos, o município continua com uma lacuna no setor.

¹³⁵ Vide capítulo 2. A política proibicionista se preocupava com o combate à substância em detrimento da aplicação de medidas efetivas para lidar com a questão do uso/abuso de drogas.

¹³⁶ Vide item 3.2.3, que fala das políticas em matéria de drogas existentes na atualidade brasileira: a política do Senad e a política do Ministério da Saúde.

¹³⁷http://www.defensoriapublica.mg.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=2517&Itemid=110

De acordo com a proposta do Ministério da Saúde, o atendimento a adolescentes e adultos usuários de álcool e drogas que necessitem de internação por motivos clínicos ou neuropsiquiátricos tem que ser realizado em hospitais gerais e não psiquiátricos. A ausência de leitos para atender a pacientes com essas características levou o promotor da Saúde a instaurar, em janeiro deste ano, inquérito para apurar o problema. A regularização do quadro foi cobrada, no mês passado, pelo representante do Ministério Público. Ele solicitou a criação de leitos de referência e a adaptação de hospitais gerais. “Solicitamos a oferta imediata de 32 leitos, sendo 16 para adolescentes, o que ainda não aconteceu” (Site da Defensoria Pública).

No cenário atual, a precariedade da rede de atendimento municipal e a necessidade de sua construção/reordenamento no município em questão vêm sendo alvo de críticas e discussões em diversos setores da sociedade. Destacou-se, em março de 2008, a iniciativa encampada pelo CMDCA/JF¹³⁸ que abordava a relação adolescência e drogas de forma indireta: tratava-se do Serviço de Referência para Adolescentes que, em resposta ao Diagnóstico da Infância e Juventude (2001), trazia a proposta de atendimento psicológico à adolescência excluída. Apesar da relevância da iniciativa, observamos, ao menos na sugestão inicial do projeto, a prevalência do enfoque proibicionista, considerando que a relação adolescência e drogas era vista sob a ótica da exclusão social (leia-se criminalidade)¹³⁹.

Nos tempos atuais, essa relação (adolescência e drogas) vem alcançando maior espaço nos Conselhos de Direitos (com destaque para o Conselho Municipal de Saúde), os quais têm buscado, através das conferências municipais, a concretização dos pressupostos da Política Nacional de drogas no município. Assim, figuraram como propostas da 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada entre 8 e 10 de abril de 2010:

8 – Assegurar através de regulamentação que crianças e adolescentes com demandas em Saúde Mental sejam atendidos em alas distintas das alas de adultos em HOSPITAIS GERAIS com projetos terapêuticos, acompanhados pelas equipes de saúde mental de CAPS Infantojuvenil.

10 – Garantir atendimento em espaço adequado no SERVIÇO DE URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA (SUP) para a criança e o adolescente com equipe multidisciplinar, sendo supervisionada pelos CAPS, em conformidade com o Estatuto da Criança e do Adolescente

¹³⁸ Podemos observar, na própria estrutura do CMDCA/JF, sinais da perspectiva proibicionista, tendo em vista que a relação adolescência e drogas, quando abordada pela instituição, é feita no interior da “comissão de medidas socioeducativas”. De acordo com o ECA, as medidas socioeducativas são aquelas aplicadas pelo Estado ao adolescente (pessoas entre 12 e 18 anos) que comete ato infracional visando inibir a reincidência.

¹³⁹ Crítica acerca da associação ingênua entre adolescência, drogas e criminalidade foi realizada no capítulo 3, em que expusemos os questionamentos de Lima e Paula (2006) a respeito.

14 – Criação de leitos em hospital geral para atendimento aos portadores de transtorno mental e/ou usuários de álcool e outras drogas, conforme legislação vigente, bem como a criação de leitos pediátricos em conformidade com o Estatuto da Criança e do Adolescente (2010, 5).

A insuficiência/ausência histórica de políticas públicas que promovessem a atenção e a proteção social, de saúde e tratamento das pessoas que usam, abusam ou são dependentes de drogas no Brasil foi reconhecida tardiamente no documento “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas” (2004). Diante desta carência no trato da questão pelo poder público, a Sociedade Civil vem se organizando ao longo da história, apresentando sugestões para lidar com a questão nos mais diversos âmbitos. Em Juiz de Fora, essa configuração da política se repetiu e, ainda na atualidade, tem-se um maior número de instituições voltadas para a questão das drogas de âmbito particular/público não estatal do que público-estatal.

Noticiando acerca das referidas instituições e serviços, o Jornal Tribuna de Minas de Juiz de Fora on line, no dia 10/05/2010, destacou:

Segundo dados do mapeamento realizado em 2006 e 2007 pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), 38,5% das instituições brasileiras voltadas para o tratamento da dependência química se enquadram no perfil de comunidades terapêuticas. Já os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (Caps AD) representam 12,2% das unidades existentes, e os grupos de autoajuda, 9,9%. Segundo o professor do Departamento de Psicologia da UFJF e consultor do Senad, Telmo Ronzani, as unidades de tratamento nesse estilo tornam-se importantes pelo fato de no Brasil a rede de atenção ao dependente químico ser incipiente. Telmo esclarece que, de forma geral, as comunidades terapêuticas prestam um bom serviço, “mas é fundamental contarem com apoio técnico e profissionais capacitados, para não provocar danos futuros aos pacientes”. Ele ressalta que as famílias dos dependentes devem buscar conhecer as instituições e as condições do ambiente e não aceitar a inclusão da pessoa de forma forçada nas unidades.

De forma geral, observava-se, na política de drogas juiz-de-forana, o protagonismo das iniciativas da sociedade civil organizada, como, por exemplo, os grupos de Mútua Ajuda e as Comunidades Terapêuticas¹⁴⁰, e não de políticas públicas organizadas pelo Estado. No que diz respeito a tais iniciativas, a maioria possui ações voltadas para o público adulto. Diante do quadro assinalado, não poderíamos deixar de apontar, nesta dissertação, o trabalho prestado por estas instituições que, dada a ineficiência estatal, tem assumido papel de destaque no contexto municipal. O *site* do Observatório Mineiro de Informações Sobre Drogas¹⁴¹ traz uma

¹⁴⁰ As denominações e características destas instituições foram abordadas no capítulo 3 deste estudo.

¹⁴¹ www.omid.mg.gov.br

listagem das comunidades terapêuticas e instituições particulares/comunitárias de tratamento ambulatorial existentes no município de Juiz de Fora:

COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E INSTITUIÇÕES PARTICULARES/ COMUNITÁRIAS – JUIZ DE FORA/MG¹⁴²				
NOME	NATUREZA	PÚBLICO- ALVO	TIPO DE TRATAMENTO	FORMA DE PAGAMENTO
Associação Projeto Salva Vidas	Privado, sem fins lucrativos	Masculino acima de 18 anos	Interno (seis meses)	Particular e filantrópico ¹⁴³
Centro Metodista de Assistência ao Toxicômano (Cemat)	Privado, sem fins lucrativos	Masculino acima de 18 anos	Interno (sete meses)	50% do salário-mínimo e gratuita
Centro Metodista de Assistência ao Toxicômano (Cemat)	Privado, sem fins lucrativos	Masculino acima de 18 anos	Interno (sete meses)	50% do salário-mínimo e gratuita
Centro de Recuperação Resgatando Vidas	Não especificada	Masculino acima de 18 anos	Interno (seis meses)	Filantrópica, meio salário-mínimo
* Centro de Estudos, Pesquisas e Atendimentos sobre o uso de Drogas (CEPAAD)	Não especificada	Masculino e feminino acima de 14 anos.	Ambulatório	Particular e convênio
Núcleo Terapêutico de Alcoolismo e Dependência Química (INTEGRARTE)	Não especificada	Masculino e feminino acima de 18 anos	Ambulatório	Particular
*Núcleo de Apoio aos Toxicômanos (NATA)	Não especificada	Masculino e feminino acima de 14 anos	Não especificada	Gratuito
Comunidade Terapêutica	Não	Masculino e feminino	Interno	Particular

¹⁴² As instituições que atendem a adolescentes foram marcadas com asterísco para facilitar a compreensão.

¹⁴³ Entidade Filantrópica é aquela que contém no seu estatuto a finalidade de prestar assistência a quem dela necessitar. Para uma entidade ser reconhecida oficialmente como filantrópica, ela necessita cumprir alguns requisitos legais dispostos na Constituição Federal e em legislações específicas. Estas gozam de incentivos fiscais oferecidos pela Constituição, Legislação tributária, bem como previdenciários. Para maiores esclarecimentos, indico a leitura BARBOSA, M. N. L.; OLIVEIRA, C. F. Manual de ONGS: **Guia Prático de Orientação Jurídica**. 4ª Edição Revista e Atualizada de acordo com o Novo Código Civil. Rio de Janeiro: FVG editora, 2003.

Geração de Adoradores ¹⁴⁴	especificada	acima de 18 anos		
*Fazenda da Esperança	Não especificada	Masculino e feminino de 15 a 45 anos	Interno	Não especificada

O *site* acessa.com traz uma relação dos Grupos de Mútua ajuda:

GRUPOS DE AJUDA MÚTUA – JUIZ DE FORA/MG	
NARCÓTICOS ANÔNIMOS (N.A)	Destinado a dependentes de drogas “em recuperação”.
NARATEEN	“Grupo que oferece ajuda para crianças e adolescentes que são filhos ou familiares de dependentes de substâncias químicas”.
NARANON	“Grupo de autoajuda para familiares e companheiros de dependentes químicos”.
AMOR EXIGENTE	“Grupo traz uma nova proposta de relacionamento entre pais e filhos, alunos e professores. No início, a proposta era específica: o apoio a dependentes químicos e seus familiares. Hoje, porém, a ideia é mais ampla e o auxílio não fica restrito apenas aos casos de drogas”.

Quando buscamos a relação adolescência e drogas, encontramos registrado na Web apenas uma iniciativa da Sociedade Civil juiz-de-forana que aborda a referida questão, ainda que indiretamente:

Apoio Psicológico - Serviço de Referência para adolescentes (Instituto Veredas), implantado em março de 2008. Segundo o *site* www.jfempauta.com.br, o SRA surgiu em resposta à avaliação “Formando Raízes”, feita em 2001 pela Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). A pesquisa, contratada pelo Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA/JF) e financiada pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), indicou a ausência de um serviço local voltado para tratamento psicológico de adolescentes excluídos socialmente. Em março de 2007, a Vara da Infância e da Juventude apontou a mesma demanda para a rede de saúde mental do município. O serviço é realizado em parceria com a unidade de Juiz de Fora da Votorantim Metais.

¹⁴⁴ Obs: não citada pela OMID.

Assim, fazia-se necessário que a questão das drogas em sua interlocução com a adolescência fosse assumida concretamente pelo Estado, tendo em vista a precariedade das ações públicas existentes e a proeminência de uma rede privada voltada ao público adulto e que não incluía as necessidades do público adolescente. Em 2007, ocorreu no município a inauguração do CAPS AD-JF, que veio acompanhada de pomposa propaganda política realizada pelo então administrador público Carlos Alberto Bejani.

Segundo *site* da Prefeitura¹⁴⁵, o setor objetivava “promover o resgate da cidadania e a reinserção social de pacientes com uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas”. De forma geral, era grande a expectativa em torno do novo serviço que propunha alterações quanto às concepções político-ideológicas presentes no trato usualmente destinado aos usuários de drogas no Brasil. No campo da infância e juventude, era igualmente ampla esta perspectiva, tendo em vista a necessidade de ações e políticas em matéria de drogas que abarcassem os anseios deste público específico.

São recentes as alterações ocorridas em decorrência da nova política de drogas: o CAPS AD-JF foi inaugurado em 2007, fato de extrema relevância para a afirmação da rede de atendimento em conformidade com as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental. No que diz respeito à referida rede, esta vem sendo construída/reformulada a partir da adequação de antigos e novos serviços, de acordo com o previsto no texto legal:

Os CAPS AD atuam de forma articulada a outros dispositivos assistenciais em saúde mental (ambulatorios, leitos em hospital-geral, hospitais-dia) e da rede básica de saúde (unidades básicas de saúde etc.), bem como ao Programa de Saúde da Família e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde; também se articulam em torno dos dispositivos de suporte social já existentes nas comunidades, configurando redes flexíveis de cuidados, que possam responder por um determinado território populacional.

Neste trabalho, damos ênfase ao CAPS AD por seu caráter inovador e estratégico, desenvolvido em conformidade com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Redução de Danos (influência europeia da política de drogas). Em relação ao mesmo, cabe-nos destacar que sua instalação exige, além da disponibilização de espaço físico e de uma equipe técnica, a reformulação dos pressupostos tradicionais da política psiquiátrica e repressiva, abarcando a questão das drogas em seus múltiplos aspectos e desenvolvendo metodologias que venham ao encontro das reais necessidades dos usuários.

¹⁴⁵ www.pjf.mg.gov.br. Acesso em 01 de julho de 2010.

4.3 O CAPS AD e o atendimento aos adolescentes usuários de drogas ilícitas recebidos pela VIJ na comarca de Juiz de Fora

4.3.1 O CAPS AD-JF – A entrevista com a assistente social.

No âmbito legal, o CAPS AD foi instituído no documento intitulado “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas”, sendo a legislação complementada pelas portarias GM 336, de 19 de fevereiro de 2002, e SAS/189, de 20 de março de 2002. A primeira define normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental, como o CAPS, incluindo os CAPS ad; a segunda cria, no âmbito do SUS, os "serviços de atenção psicossocial para o desenvolvimento de atividades em saúde mental para pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas”. O setor é uma unidade de saúde que presta atendimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas e seus familiares.

A legislação específica (Portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002) prevê que a referida instituição constitui-se em serviço ambulatorial de atenção diária, devendo funcionar em área física peculiar e independente de qualquer estrutura hospitalar. Caso o serviço esteja localizado dentro dos limites de uma unidade hospitalar geral ou de instituições universitárias de saúde, deverá ser independente em relação a sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria. Tal orientação encontra-se em conformidade com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e procura desfazer o estigma da internação psiquiátrica como o lugar do “usuário doente”.

Tem o caráter de política pública, visto que, encampado pelo ente estatal, vislumbra o cuidado aos usuários na perspectiva do direito, sendo os mesmos considerados cidadãos e vistos em sua possibilidade de (re) inserção social, econômica e familiar. Em tese, não assume uma postura repressiva, visto que o usuário terá o acesso ao serviço sem sofrer nenhuma sanção pelo fato de usar drogas. O CAPS AD é referenciado na proposta europeia de Redução de Danos (RD), assim sendo, a abstinência não é condição para o atendimento e nem será exigida no seu desdobramento. Além disso, o usuário não será obrigado a dar continuidade ao tratamento, caso seja de seu interesse.

Segundo a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, são objetivos do CAPS AD:

1. Prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos;
2. Gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados;
3. Oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento;
4. Oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados;
5. Oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços;
6. Promover, mediante diversas ações (que envolvam trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação da população), a reinserção social dos usuários, utilizando para tanto recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas;
7. Trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo;
8. Trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo/educativo (BRASIL, 2003, p. 42).

Quanto ao funcionamento do setor, o mesmo documento estabelece que:

Os CAPS ad oferecem atenção ambulatorial diária aos dependentes químicos, desenvolvendo uma gama de atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares (BRASIL, 2003, p. 44).

As especificidades do trabalho no CAPS AD de Juiz de Fora (CAPS AD-JF) são apontadas nesta dissertação através de entrevista realizada com a assistente social da instituição e com os usuários, que nos trouxeram elementos para refletimos acerca do contexto municipal. Na entrevista com a profissional, foram abordados dados concernentes à realidade da instituição (tendo em vista que o trabalho é relativamente novo), limites e possibilidades no trato com público adolescente. Através da mesma, pudemos observar as especificidades do setor em seus aspectos mais gerais e também em relação ao nosso público-alvo.

Segundo a entrevistada, o CAPS AD-JF foi inaugurado em 16/05/2007. Anteriormente à sua constituição, já funcionavam no município, em conformidade com a legislação nacional, o Caps Casa Viva e o Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Juventude – Caps I. Este último foi inaugurado em outubro de 2006 e tem como público-alvo crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais. A interlocução adolescência e uso de drogas não tinha

espaço nesta instituição devido ao seu objeto de trabalho (transtorno mental) e, anteriormente à criação do CAPS AD-JF, tal questão era trabalhada no Serviço de Atenção à Saúde do Adolescente (Sasad), ligado ao Departamento de Saúde da Criança e do Adolescente da Secretaria Municipal de Saúde.

O trabalho no CAPS AD-JF segue concepção teórica estabelecida na legislação vigente, a qual se apoia na perspectiva da redução de danos¹⁴⁶. A temática da abstinência se faz presente, todavia, estratégias alternativas são traçadas em conformidade com as necessidades expressas pelos usuários. Ao falar acerca da relação redução de danos e adolescência, a assistente social menciona que esta tem sido trabalhada pela instituição com relativo sucesso, principalmente no que tange ao consumo abusivo de álcool.

A assistência à população usuária se desenvolve em conformidade com a legislação vigente que prevê a realização das seguintes atividades¹⁴⁷:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; d - visitas e atendimentos domiciliares; e - atendimento à família; f - atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social; g - os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias; h - atendimento de desintoxicação (Documento não paginado – 4.5.1).

Analisando as atividades supracitadas, estas, assim como a concepção teórica da redução de danos, também se apresentam em conformidade com a perspectiva europeia, uma vez que a relação com a droga é vista de maneira ampla, sendo retratada sob o prisma individual (envolvendo o tratamento psicológico e medicamentoso), grupal, familiar (onde o aspecto sociofamiliar é trabalhado, havendo ainda o atendimento aos membros da família) e econômico-social (reinserção social). Todavia, para a concretização da referida perspectiva no cotidiano do atendimento ao usuário, alguns aspectos de ordem estrutural precisam ser analisados. Assim sendo, abordaremos aspectos referentes à realidade do CAPS AD-JF na tentativa de visualizar as concepções predominantes na constituição do serviço.

¹⁴⁶ Conforme vimos no capítulo 2, a redução de danos considera o uso de drogas como prática existente desde os primórdios da humanidade, não passível, portanto, de ser suprimida socialmente.

¹⁴⁷ Veremos, posteriormente, no que diz respeito ao público adolescente, que há restrições quanto às atividades realizadas na instituição.

Em relação à estrutura física da instituição, observamos a existência de uma construção ampla e adaptada às necessidades dos usuários¹⁴⁸, todavia, não o suficiente para a separação de públicos-alvos: masculino, feminino e adolescente, tendo em vista que alguns usuários permanecem todo o dia no local. Existem enfermarias masculinas e femininas, onde são realizadas desintoxicações leves. Não existem espaços específicos destinados ao público adolescente. Outros níveis de desintoxicação não são realizados pela instituição, sendo os usuários encaminhados ao Hospital de Pronto Socorro Municipal¹⁴⁹.

Segundo a entrevistada, por ocasião da inauguração da instituição, alguns profissionais foram deslocados de outros programas municipais para integrar o quadro funcional, que foi o seu caso. Atualmente, a equipe técnica é formada por um psiquiatra, três psicólogos, um assistente social, um clínico-geral e um profissional de enfermagem. Os profissionais de nível médio, tais como artesão e oficineiro, ainda não foram disponibilizados pelo Poder Executivo. Assim, as atividades de nível médio são ministradas pelos próprios usuários que possuem algum tipo de conhecimento técnico. A falta de material para realização das atividades também foi mencionada, havendo grande remessa por ocasião da inauguração da instituição e escassez posterior.

A partir do acima exposto, observamos a existência de limites institucionais que prejudicam o desenvolvimento adequado do trabalho, tendo em vista a precariedade no que tange aos materiais e ao número de profissionais existentes. Em relação a este último ponto, a legislação vigente (Portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002) prevê que o CAPS AD II¹⁵⁰ terá uma equipe técnica mínima¹⁵¹ formada por:

- a - 01 (um) médico psiquiatra;
- b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;
- c - 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;
- d - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;
- e - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

¹⁴⁸ Conforme descrito anteriormente, entrevistamos a profissional no espaço físico do CAPS AD-JF.

¹⁴⁹ Em virtude de a desintoxicação ocorrer em outra instituição, a profissional explicou que nem sempre os usuários chegam até o destino final ou retornam ao tratamento no CAPS ad.

¹⁵⁰ Modalidade de Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000 habitantes.

¹⁵¹ A equipe técnica dedica-se ao atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia. No caso específico do CAPS AD-JF, a profissional especificou que as estatísticas referentes aos atendimentos não são feitas com base no número de pacientes/dia, mas em relação aos procedimentos técnicos efetivados.

Analisando a equipe técnica do serviço em questão, avaliamos que a mesma, formada por profissionais de nível superior, encontra-se em consonância com o descrito na legislação vigente. Todavia, ainda assim, a profissional entrevistada assevera a necessidade da ampliação do quadro funcional existente tendo em vista o bom funcionamento do serviço.

A demanda de atendimento, segundo *site* da PJJ, em 18/02/2008, já era de mais de 9,5 mil atendimentos em cinco meses: “foram 3 mil procedimentos no regime intensivo (diário), 1,2 mil no semi-intensivo (duas a três vezes por semana) e 5,2 mil no regime não intensivo ou ambulatorial (uma vez por mês)”. No período de realização da pesquisa (abril de 2010), foram realizados, segundo informações da profissional entrevistada, 1.981 procedimentos, sendo 1.106 no regime intensivo, 280 no semi-intensivo e 598 no não intensivo¹⁵².

Atualmente o CAPS ad-JF atende a população de Juiz de Fora e de outros 32 municípios vizinhos de pequeno porte, o que, segundo a opinião da profissional entrevistada, constitui-se em demanda excessiva, devido ao número de profissionais e a abrangência populacional. Em junho de 2010, entramos novamente em contato com a assistente social, a qual nos informou que estavam em tratamento na instituição 334 usuários. O número de usuários/dia atendidos no regime intensivo pelo setor juiz-de-forano, segundo relatos, é de 40 em média, estando dentro dos limites do estabelecido na legislação vigente (no máximo 45 usuários/dia).

Ainda no que diz respeito à equipe técnica formada por profissionais de nível superior, torna-se necessário considerar o horário de funcionamento da instituição o qual, de acordo com a legislação vigente, deve ocorrer “das 8 às 18 horas, em 2 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até as 21 horas”. Assim sendo, considerando que a instituição possui, por exemplo, apenas uma assistente social e que esta profissional realiza os dois turnos¹⁵³, no caso da abertura de um terceiro turno, seria forçosa a contratação de mais um profissional.

A necessidade de ampliação da equipe técnica foi abordada pela assistente social que mencionou a dificuldade no planejamento de novas ações e estratégias (principalmente no que diz respeito ao crack, destacado durante a entrevista), visto que os técnicos dispensam a quase totalidade do trabalho aos atendimentos. A este respeito, concordamos com a profissional

¹⁵² Observar a diferença entre número de usuários/dia e número de procedimentos. Um mesmo usuário realiza diversos procedimentos (ex. entrevista com o assistente social, tratamento médico, desintoxicação) durante o período de atendimento na instituição.

¹⁵³ A este respeito cabe destacar que se encontra em tramitação o Projeto de lei 152/2008, que prevê a carga horária semanal de 30 horas para o referido profissional.

acerca da necessidade de se constituir espaços de reflexão, abordando as particularidades do serviço, tendo em vista o caráter dinâmico da sociedade capitalista e as necessidades da população usuária. Tais iniciativas, a nosso ver, não podem permanecer prejudicadas em virtude da relação entre o número de atendimentos e de profissionais; ao contrário, deveriam ser incentivadas ao passo que trazem novas propostas/estratégias de trabalho.

Diante do exposto, avaliando a demanda da instituição, a área de abrangência (que inclui outros 32 municípios de pequeno porte) e a equipe técnica existente, concluímos que o atendimento à população usuária torna-se prejudicado em virtude da carga de trabalho dispensada aos profissionais de nível superior, ainda que o número de atendimentos/dia não tenha extrapolado o estabelecido na legislação vigente. Com relação à equipe de nível médio, esta não foi constituída até o momento, resultando na precariedade das oficinas, as quais, por sua vez, deixam de ocorrer ou se desenvolvem sem o acompanhamento de profissionais habilitados.

Outro aspecto relevante a ser ressaltado, no que diz respeito à equipe técnica, refere-se ao fato de a legislação falar em “equipe mínima” e não “equipe máxima”, o que pressupõe que a mesma possa ser expandida. Todavia, de forma geral, isso não ocorre devido à aplicação pelo gestor público da lógica minimalista em relação aos setores sociais, advinda, sobretudo dos pressupostos da Administração Pública Gerencial e do Estado “mínimo”.

Outro fator que nos chama a atenção refere-se à abrangência populacional da instituição¹⁵⁴ que se constitui em fator dificultador na organização do serviço. A nosso ver, a Portaria nº 336/GM, de 19/02/2002, é vaga quando prevê a instalação dos CAPS ADs sob a modalidade CAPS AD II nos municípios com população acima de 70.000 habitantes. Isso porque a norma legal não prevê a obrigatoriedade da instalação de novos setores sociais nos municípios com população superior à estipulada para sua criação, como é o caso da região de Juiz de Fora, que, certamente, necessitaria ser atendida por mais instituições do gênero. Esta proposta foi encampada na 4ª Conferência Municipal de Saúde Mental de Juiz de Fora, e, no momento, aguarda-se a possibilidade de sua concretização.

A legislação vigente fala acerca das características dos serviços existentes sob a denominação de CAPS AD II:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local;

¹⁵⁴ Segundo a assistente social, o CAPS AD abrange a população de Juiz de Fora e outros 32 municípios vizinhos. Somente a população de Juiz de Fora estimada para 2009 era de 526.706 habitantes.

- b - sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território;
- c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;
- d - coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, a atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;
- e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- f - realizar, e manter atualizado o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077, de 24 de agosto de 1999, e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341, de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- g - funcionar das 8 às 18 horas, em 2 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até as 21 horas.
- h - manter de 2 (dois) a 4 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

Chama-nos a atenção, entre os itens supracitados, o papel do CAPS AD na regionalização da assistência estabelecida pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB/SUS), no qual o mesmo constitui-se em referência para o atendimento de sua população e de outras localidades que buscam o acesso aos serviços não disponíveis ou precariamente disponíveis no município de origem.

Ressaltamos ainda a centralidade deste setor na política pública em matéria de drogas, servindo como organizador do serviço em sua área de abrangência (inclusive supervisionando e capacitando equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental) e aglutinando em torno de si os demais serviços que compõem a rede de atendimento. Outro aspecto relevante citado refere-se à coordenação que deverá ser realizada pelo gestor público em articulação com o Conselho Municipal de entorpecentes. A este respeito, cabe ressaltar que, no município em questão, o referido Conselho, criado pela Lei 9.025/97, estava com as atividades suspensas desde a publicação da Portaria 3.166/99 (a qual definia sua composição), apesar de haver designação orçamentária para o custeio de suas atividades.

Em 26/04/2010, foi agendada uma audiência pública na Câmara Municipal para se discutir a questão, sendo ressaltada a urgência na reativação deste órgão, tendo em vista o pedido, por parte do gestor municipal, de autorização para a criação de 32 leitos destinados ao tratamento de usuários de drogas nos hospitais da cidade, 16 dos quais voltados para

adolescentes¹⁵⁵. É necessário ressaltar ainda que a morosidade na reativação do referido Conselho implica dificuldades na coordenação, articulação e supervisão da rede de atendimento, repercutindo no cotidiano do usuário que veem restringidas suas possibilidades de assistência em virtude de deficiências na rede de atendimento.

No que diz respeito à assistência destinada ao público adolescente realizada no CAPS AD-JF, cabe destacar que a mesma não é prioritária¹⁵⁶, mas acessória, conforme descrito no *site* da Prefeitura de Juiz de Fora:

O público-alvo é predominantemente adulto, porém adolescentes (a partir de 12 anos de idade) serão atendidos em horário parcial. Os pacientes poderão ser encaminhados pelo Serviço de Urgência Psiquiátrica (SUP), pelas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), pelos Centros Regionais de Referência em Saúde Mental (Cresams) e outros CAPS. A expectativa é de que 40 pacientes sejam atendidos por turno¹⁵⁷.

De fato, a assistente social, ao falar sobre o público atendido pela instituição, não enfatizou a referida população, a qual, segundo ela, é atendida em virtude da pouca disponibilidade de assistência por parte de outras instituições. Segundo a profissional, os adolescentes atendidos pela instituição são encaminhados pela Vara da Infância e Juventude, Conselhos Tutelares e pelo Pemse. A demanda espontânea é muito reduzida.

Em relação ao referido público, a profissional mencionou as limitações da instituição quanto ao seu atendimento: a primeira delas refere-se à capacitação da própria equipe técnica que, em sua maioria, não possui formação específica voltada para o atendimento de questões relacionadas à adolescência. As demais, citadas pela profissional, referem-se às barreiras institucionais anteriormente apontadas: falta de materiais de trabalho, de profissionais de nível médio, excesso de demanda, inadequação do espaço físico para a separação de populações específicas, entre outras.

Quanto às atividades desempenhadas, o CAPS ad oferece aos adolescentes usuários de drogas ilícitas apenas o acompanhamento médico-psiquiátrico e psicológico individual, embora a legislação vigente estabeleça outras atividades¹⁵⁸, as quais, nessa instituição juiz-de-forana, permanecem restritas à população adulta. A este respeito, a assistente social afirmou que, inicialmente, realizavam-se terapias grupais com os adolescentes, todavia, devido ao “excesso de demanda”, a atividade foi suspensa. As oficinas não são realizadas com o referido

¹⁵⁵ http://www.acesa.com/saude/arquivo/noticias/2010/04/26-audiencia_drogas/

¹⁵⁶ Em desacordo com o ECA, que estabelece em seu artigo 4º a precedência de atendimento nos serviços públicos e preferência na formulação e execução de políticas públicas.

¹⁵⁷ <http://www.pjf.mg.gov.br/noticias/view.php?modo=link2&idnoticia2=13766>

¹⁵⁸ Conforme apontado anteriormente, Portaria n.º 336/GM, de 19/02/ 2002.

público, segundo ela, para não haver mistura entre adultos e adolescentes, considerando a limitação do espaço físico da instituição.

Durante a entrevista realizada com a profissional do CAPS AD-JF, esta concluiu que, apesar das dificuldades apontadas, a instituição vem dando sua parcela de contribuição no atendimento aos adolescentes usuários de drogas ilícitas no município de Juiz de Fora, considerando a precariedade da rede de atendimento voltada para esta população específica. A profissional assinalou, no entanto, que a instituição, tal como se encontra constituída na atualidade neste município, não é adequada ao atendimento da população adolescente, não apontando outra que pudesse realizá-lo adequadamente. Para suprir esta demanda, sugeriu a construção de outra instituição de mesma natureza (CAPS AD), voltada exclusivamente para o público adolescente.

Com relação à proposta de um novo setor – CAPS AD voltado exclusivamente para o atendimento de crianças e adolescentes –, a consideramos pertinente. Isso porque esta nova instituição, além de respaldada nos parâmetros da atual política brasileira de drogas, incluiria em sua essência o trabalho com o público adolescente.

Observamos ainda, através de pesquisa na internet, que a referida proposta tem encontrado adeptos em alguns estados do país, a exemplo de São Paulo, que possui uma unidade constituída em São Carlos¹⁵⁹ (inaugurada em julho de 2006), com proposta de expansão para outros municípios (como Bastos¹⁶⁰ e Presidente Prudente¹⁶¹). Seria este um dos caminhos possíveis para a política de drogas em sua interlocução com a temática da adolescência no município de Juiz de Fora?

4.3.2 O CAPS AD-JF – A concepção dos adolescentes

Neste momento, buscou-se apreender a relação dos adolescentes usuários de drogas ilícitas atendidos na VIJ com o CAPS AD-JF através da percepção destes sujeitos quanto aos serviços prestados nesta última instituição. O ponto de vista dos adolescentes usuários de

¹⁵⁹ <http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/noticias/2007/149861-caps-ad.html>. Acesso em 17 de julho de 2010.

¹⁶⁰ <http://www.bastosja.com.br/index.php?=-noticias&tt=atd&c=41622>. Acesso em 17 de julho de 2010.

¹⁶¹ http://www.reinaldoruas.com.br/_portal/resultado.asp?PagAtual=3&strBusca=&strBuscaEditoria=. Acesso em 17 de julho de 2010.

drogas ilícitas foi expresso através das entrevistas, sendo realizados questionamentos referentes ao atendimento na instituição (vide questionário em anexo e quadros abaixo).

Quadro 6 – O CAPS AD-JF

O que achou do tratamento?

Gostou	Não gostou	Gostaram em parte	Total
1	1	2	4

Indicaria para um amigo?

Sim	Não	Total
3	1	4

Participaria espontaneamente?

Sim	Não	Total
1	3	4

Fonte: Pesquisa realizada com os adolescentes usuários de drogas ilícitas atendidos pela VIJ/TJMG em abril de 2010.

Embora sete dos nove adolescentes entrevistados estivessem realizando tratamento no CAPS AD-JF na ocasião da pesquisa, entrevistamos apenas quatro, considerando que os outros três estavam na fase inicial do atendimento (agendaram a entrevista inicial ou haviam realizado a mesma recentemente). A seguir, expomos o conteúdo de nossa pesquisa junto aos adolescentes estudados.

Felipe (16 anos) fez acompanhamento psicológico na instituição, sendo esta a única atividade realizada. Disse que gostou do atendimento recebido, gostou da psicóloga e indicaria o tratamento para seus colegas. O local, segundo o adolescente, é mais frequentado por adultos. Alegou como motivo para descontinuidade do tratamento o fato de os familiares não o acompanharem aos atendimentos.

Maycom (17 anos) encontra-se em acolhimento institucional. Foi encaminhado pela instituição de acolhimento ao CAPS AD-JF mais de uma vez. Disse que o tratamento “não é muito bom, mas ajuda” (sic). Quer continuar frequentando. Considera “bom” porque “distrai um pouco” e ruim “porque tem perguntas demais”. Na instituição, disse que são poucos os

adolescentes e não existem atividades voltadas para eles. Apesar disso, indicaria o tratamento para os amigos porque “ajuda” a parar de usar drogas.

Vida Loka (14 anos) também está em acolhimento institucional. Foi encaminhado pela equipe técnica da instituição de acolhimento. Disse que “o tratamento é bom e ajuda”. Gosta de “muitas coisas”, mas critica a “longa espera” entre os atendimentos. Ao ser indagado se realizaria o tratamento espontaneamente, disse que não por este último motivo. Apesar disso, indica o tratamento aos colegas, pois querem que “eles parem de usar drogas e mudem de vida” (sic).

Natacha (18 anos) foi quem indicou maiores problemas em relação ao tratamento realizado no CAPS AD-JF. A adolescente foi encaminhada à instituição pelo Setor Técnico da Vara da infância e Juventude. Segundo Natacha, “o tratamento no CAPS é horrível” (sic). Criticou as terapias em grupo¹⁶² das quais participam usuários das mais diversos tipos de drogas (maconha, cocaína, crack, etc.) juntos, o que, para ela, não deveria ocorrer, considerando que “existem diferenças e preconceitos entre os próprios usuários de diferentes drogas” (sic). A adolescente comparou o trabalho da instituição com outro do qual ela participou anteriormente em que, segundo ela, havia a separação entre usuários de diferentes substâncias.

A adolescente afirmou que não gostou do acompanhamento psicológico. Reclamou ainda da inexistência de atividades voltadas especificamente para o público adolescente, afirmando que ela sequer podia realizar as oficinas¹⁶³, as quais eram destinadas exclusivamente para o público adulto (disse que gostaria de participar de uma oficina em que se montavam barquinhos com palito de picolé e não lhe foi permitido).

Natacha criticou a dificuldade em se marcar uma consulta no CAPS AD-JF: relatou que, no dia 23/03/2010, ligou para agendar consulta e somente conseguiu atendimento para o dia 13/04/2010¹⁶⁴. Por fim, a adolescente afirmou que não faria o tratamento se não fosse o encaminhamento do Poder Judiciário. Não indicaria o tratamento aos seus amigos, pois não gostou da instituição.

A partir das entrevistas acima descritas, observamos que todos os adolescentes entrevistados realizaram alguma crítica em relação ao atendimento realizado no CAPS AD-

¹⁶² Como ressaltado na entrevista com a assistente social, tais atividades não estavam mais sendo realizadas em virtude do “excesso de demanda” da instituição.

¹⁶³ Conforme anteriormente relatado pela profissional, esta atividade não estava disponível para o público adolescente com o intuito de não misturar adultos e adolescentes.

¹⁶⁴ Embora o espaço de tempo apontado pela adolescente entrevistada para a marcação de uma consulta no CAPS AD não pareça tão longo (21 dias), torna-se relevante atentar para as dificuldades do usuário em lidar com a adicção sem nenhum tratamento, ainda que por curto período de tempo.

JF: seja quanto à abordagem realizada – na qual, aparecem a “longa espera nos atendimentos” e a dificuldade em se “marcar uma consulta”, “perguntas demais” –, seja quanto à ausência de uma especificidade de atendimentos no que diz respeito à adolescência.

Determinados serviços, como, por exemplo, o acompanhamento psicológico, são elogiados por um adolescente (Felipe) e criticados por outro (Natacha), conforme o relacionamento estabelecido entre profissional e usuário. Ao menos em um dos casos (Felipe), ficou notório que o único atendimento dispensado ao adolescente foi o apoio psicológico, o que poderia ser realizado por outra instituição especializada, sem maiores prejuízos.

Os demais adolescentes, durante entrevista, não citaram a realização de outras atividades, as quais, ou não foram realizadas ou não atraíram a atenção dos mesmos. A este respeito, cabe-nos lembrar o relato da assistente social de que as únicas atividades realizadas com adolescentes no período em questão eram o atendimento médico e psicológico. A única adolescente que nos parece ter vivenciado a prática das oficinas foi Natacha, a qual criticou o formato de sua realização em comparação com outro serviço da rede. É importante ressaltar ainda que parte das reclamações realizadas pelos adolescentes (como, por exemplo, a não realização das oficinas, a não existência de atividades específicas, a dificuldade no agendamento de consultas – reflexo da demanda institucional?) foi apontada também no relato da profissional da instituição, que as trouxe como dificuldades/limites institucionais a serem enfrentados.

Observamos, de forma geral, uma dificuldade por parte dos adolescentes em verbalizar determinados assuntos relacionados ao CAPS AD-JF, entre os quais: sua opinião quanto ao tratamento recebido, a adequação de determinados procedimentos à sua faixa etária, explicação sobre quais procedimentos realizaram. Nas entrevistas, o setor foi criticado pela maioria dos adolescentes (três), todavia o mesmo número de entrevistados (outros três) afirmou que indicaria o serviço para um amigo, o que expressa certo reconhecimento quanto ao trabalho realizado. Essa fala dos adolescentes não se dirige especificamente ao CAPS AD-JF, tal como constituído na atualidade, mas à necessidade de um serviço voltado para a temática das drogas no qual eles possam ser atendidos.

Ao serem questionados se dariam continuidade ao tratamento espontaneamente (ou seja, sem a imposição da família, da instituição de acolhimento ou da Justiça) no CAPS AD-JF, três afirmaram que *não*, citando motivos de ordens diversas (falta de apoio familiar, a longa espera no atendimento e por não gostarem da instituição). Apenas um dos adolescentes entrevistados daria continuidade ao tratamento espontaneamente, o que demonstra a urgência em se estabelecer estratégias no intuito de motivar este público-alvo quanto ao tratamento.

Concluímos, a partir do estudo realizado, que a rede de atendimento voltada para o uso/abuso de drogas no município de Juiz de Fora carece de melhor estruturação, além da configuração de tratamentos e serviços específicos para o público adolescente. Na atualidade, a referida população permanece sem um setor apropriado (ou o desenvolvimento de propostas metodológicas condizentes pelos setores existentes) ao qual possa ser referenciada.

Ao analisarmos a rede de atendimento municipal, verificamos que a maioria dos serviços e instituições existentes ainda são os de âmbito particular ou filantrópico, os quais, além de não serem gratuitos, não dispõem de metodologias adequadas ao atendimento de adolescentes, em sua maioria. O novo setor estatal (CAPS AD-JF), ao contrário das expectativas formuladas por ocasião de sua inauguração, não tem se configurando em um espaço, no qual a relação adolescência e drogas possa ser formulada concretamente, considerando que o atendimento a este público não tem se dado de forma prioritária e sim acessória¹⁶⁵.

As poucas ações existentes e a precariedade no desenvolvimento de metodologias e abordagens para o público adolescente no CAPS AD-JF constituem-se, em parte, reflexo deste atendimento “acessório”. A profissional da intuição, em entrevista, apontou ainda outros aspectos de ordem estrutural que têm dificultado o desenvolvimento de ações destinadas à referida população no ambiente profissional, entre os quais: o número de profissionais de nível superior e falta de qualificação destes para lidar com a demanda do público-alvo assinalado, a não constituição de equipe técnica de nível médio e a falta de materiais para a realização de oficinas.

A este respeito, cabe-nos lembrar o atual quadro sociopolítico e econômico brasileiro, apontado no capítulo 3, no qual a influência do neoliberalismo, nas últimas décadas, tem ocasionado o corte de gastos destinados às causas sociais e a minimização das funções do Estado, com o privilegiamento de ações “focalizadas”, “pontuais”, “descentralizadas” e “precárias”. O referido contexto certamente tem dado sua parcela de contribuição na dificuldade em se estabelecer estratégias e metodologias coerentes com os anseios do público infantojuvenil, tendo em vista a necessidade de recursos físicos, humanos e financeiros para o bom desenvolvimento do trabalho.

Assim, observamos, no caso específico do CAPS AD-JF, a ocorrência de limitações quanto à proposta expressa na legislação vigente (Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas), tanto em relação ao tratamento do público adulto (deficiência na

¹⁶⁵ Conforme assinalado anteriormente, esta posição está expressa no *site* da Prefeitura Municipal e também foi verbalizada pela assistente social da instituição durante entrevista.

aplicação das oficinas em razão da falta de profissionais de nível médio) quanto em relação ao público adolescente. No que diz respeito a este segmento da população, notou-se, aliada à falta de metodologias específicas, a existência de restrições quanto às atividades a serem realizadas (no período da realização da pesquisa), visto que aos adolescentes somente eram permitidos os atendimentos médico e psicológico, contradizendo a própria perspectiva europeia (a qual apregoa olhar amplo sobre a relação do homem com as drogas), que norteia a proposta do setor.

O não desenvolvimento de metodologias adequadas pode resultar, no cotidiano do usuário, na sua não adesão espontânea ao tratamento (dado observado em três dos quatro adolescentes entrevistados), na sua desistência quanto ao mesmo, e/ou na procura por outros meios/estratégias para lidar com a questão.

Neste ínterim, ressalta-se a gama de situações concretas vivenciadas no dia a dia da população usuária, as quais, não absorvidas pela política pública, podem trazer à baila cenas sociais complexas e de vulnerabilidade social. Diante disso, a questão tende a ser tratada pelo viés da criminalidade (característica da perspectiva proibicionista). Assim, avaliamos que, apesar da tentativa de se estabelecer políticas públicas fundamentadas em preceitos cidadãos (perspectiva europeia), a efetivação precária da mesma pode resultar na inversão dos valores pretendidos no objetivo geral da mesma.

Diante do exposto, acreditamos que, nos tempos atuais, permanece como desafio para o Poder Executivo (em seus diferentes níveis) a configuração de uma rede pública voltada para a questão das drogas, que aborde as peculiaridades do público adolescente. Enquanto isso não ocorre, a política de atendimento voltada para a criança e o adolescente permanece presa entre o passado repressivo e a nova perspectiva cidadã, carecendo de respostas efetivas e atentas às nuances da realidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o esforço reflexivo realizado ao longo desta dissertação, concluímos que a construção de uma política pública voltada para a atenção aos usuários de álcool e drogas no Brasil (e também em Juiz de Fora) é extremamente recente e encontra-se em seus primeiros passos. Com relação ao lugar destinado aos adolescentes no interior desta mesma política, avaliamos que este necessita ser conquistado ainda no cenário atual.

Segundo Cassab (2006), a ação do Estado brasileiro através de políticas sociais e públicas destinadas aos jovens ganha projeção no cenário nacional a partir da década de 1990. Na ocasião, relevantes avanços foram estabelecidos, sobretudo em relação às temáticas da sexualidade e da escolarização. A questão das drogas não foi prestigiada neste contexto, apesar da expansão do uso e do desenvolvimento do comércio no país desde meados da década de 1980. No trato da matéria, no período assinalado, prevalecia a ótica repressiva predominante em nível internacional que privilegiava a substância em detrimento do sujeito. Tal postura foi mantida nas legislações existentes até então, as quais, em sua preocupação com o público adolescente, “atacavam a droga” via informações gerais ministradas no contexto escolar em detrimento de proposições concretas para se lidar com a questão.

Ainda na década de 1990, observa-se que a relação adolescência e drogas não foi assinalada diretamente¹⁶⁶ no ECA. Todavia, a garantia de atendimento preferencial às crianças e adolescentes nos serviços públicos, o privilegiamento quanto à formulação e execução de políticas sociais, além da destinação primeira de recursos (previstos no texto legal), sugeria o atendimento prioritário a esta faixa etária nas políticas públicas de forma geral. Apesar disso, no contexto assinalado, a referida população permaneceu esquecida na conformação das políticas destinadas aos usuários de álcool e outras drogas.

Em 2001, na III Conferencia Nacional de Saúde Mental (III CNSM), a referida população foi lembrada, permanecendo como proposta política a ser concretizada pela nova política de saúde mental:

Implantar, de forma integrada e simultânea, estratégias de assistência aos usuários (adultos, **crianças e adolescentes**¹⁶⁷) de álcool e outras drogas, inclusive tabaco, no conjunto de serviços de base comunitária, CAPS, NAPS e serviços residenciais terapêuticos (III CNSM, 2001, p. 192)

¹⁶⁶ Observamos alguns artigos em que a temática é abordada (exemplo: art 19, 81), todavia, os mesmos não estão relacionados com a proposição de políticas públicas voltadas para este público específico.

¹⁶⁷ Grifos nossos.

Garantir o direito da criança e do adolescente, portador de sofrimento mental e/ou usuários de drogas, de ser atendido em serviços substitutivos específicos. As internações, quando necessárias, devem realizar-se em serviços 24h ou hospitais gerais, no setor de pediatria, com a presença de acompanhante (III CNSM, 2001, p. 175)

A partir de 2003, com as mudanças estabelecidas no Governo brasileiro (Lula) e as alterações na política de drogas¹⁶⁸, esta sofre reformulações e as especificidades da população adolescente começam a ser pensadas e introduzidas, sobretudo nas reivindicações de trabalhadores da área e representação de usuários. Assim, a referida população começa a alçar o seu espaço na política, ainda que muito timidamente. Observamos, por exemplo, as atividades preventivas defendidas pela atual Política Pública sobre Drogas de 2006, aliás, única vez em que os adolescentes são lembrados na referida norma: “As atividades de prevenção do uso indevido de drogas dirigidas à criança e ao adolescente deverão estar em consonância com as diretrizes emanadas pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – Conanda”. Apesar da ausência da população jovem no espírito do legislador, consideramos de suma relevância o presente artigo, uma vez que o Conanda possui representação da sociedade civil organizada, a qual poderá contribuir com propostas inovadoras para a prevenção ao uso de drogas na infância e adolescência. Verifica-se ainda que as legislações mais recentes trazem algumas inovações em relação à abordagem deste público-alvo nas políticas de drogas.

Com relação ao documento “A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas” (2004), do Ministério da Saúde, este é mais amplo, aborda os aspectos sociais relativos à infância e à adolescência em seu contato com o álcool e outras drogas, enfatizando o aumento do consumo das referidas substâncias por essa população nos últimos anos.

Destacam-se as particularidades de crianças e adolescentes em situação de rua, evadidas do contexto escolar e com laços familiares rompidos em virtude do uso de drogas. Reconhece-se a necessidade da configuração de políticas públicas voltadas para as populações mais jovens:

O Brasil conta com mais de 51 milhões de jovens na faixa etária dos 10 aos 24 anos de idade. Enfrentar o desafio de promover o desenvolvimento saudável da juventude requer a elaboração de políticas capazes de prover a

¹⁶⁸ Momento em que a política brasileira se aproxima da perspectiva europeia.

atenção à saúde em todos os níveis de complexidade, e a participação de todos os setores da sociedade (BRASIL, 2003, p.15).

Em relação ao uso de drogas na adolescência, o referido texto legal diz que:

Devemos ainda considerar o enorme contingente de crianças e adolescentes no Brasil. Levando em conta que a sociedade deve assumir o compromisso ético de cuidar de suas crianças e adolescentes, isto deveria encontrar equivalência no aumento da atenção global voltada para esta faixa etária específica; não devemos esquecer que o descaso do presente poderá incorrer em um custo futuro pesado para toda a sociedade (BRASIL, 2003, p.31).

Apesar do acima exposto, a estratégia estabelecida no referido documento, os CAPs ADs, que atendem à população usuária de álcool e outras drogas de forma geral, não dispõem (ao menos nos documentos legais e, segundo observamos, em Juiz de Fora também não) de estratégias concretas para lidar com populações específicas.

Assim, considerando o acima exposto e o estudo realizado nesta dissertação, avaliamos que, em relação às políticas voltadas aos adolescentes usuários de drogas, os avanços obtidos são ainda muito tímidos. Raupp e Milnitsky (2005), ao discutirem especificamente esta temática, confirmam esta realidade:

No que diz respeito aos tratamentos de adolescentes, encontramos apenas a alusão em diferentes políticas, de que este deve ser adequado às necessidades específicas da fase e que deve se dar, preferencialmente em Centros de Atenção Psicossocial especializados na questão de álcool e outras drogas (ou CAPSad). No entanto, não encontramos diretrizes que esclareçam como deve ser esse “tratamento específico”, nem sobre qual a diferenciação de haver nos CAPS ad, que recebem pacientes de 12 a 80 anos, no atendimento de adolescentes (RAUPP e MILNITSKY, 2005, s/p)

E ainda,

[...] Grande parte destes programas não preveem, de forma específica, o atendimento ao adolescente, apesar de essa ser a fase de maior exposição ao início do consumo de drogas. Encontramos na matéria de políticas públicas que se dedicam a essa questão apenas alusões à importância de que tais programas contemplem ações específicas ao público adolescente, sem que especifiquem ou regulem estas práticas (RAUPP e MILNITSKY, 2005, s/p).

Neste sentido, concordamos com o que Rua (1998) diz acerca da necessidade de priorização de recursos (não só no texto legal, mas também na política concreta) para o estabelecimento de políticas voltadas especificamente para a juventude:

Assim, como regra, no Brasil, raras são as políticas que contemplam a especificidade da juventude. E, embora esta represente uma fase da vida caracterizada por situações de grande vulnerabilidade devido a comportamentos e atitudes de alto risco, nem mesmo no âmbito da segurança e da saúde as políticas são formuladas de maneira a contemplar as especificidades dos jovens. Na realidade, os jovens são abrangidos por políticas sociais destinadas a todas as demais faixas etárias, não sendo orientadas por concepções claras e definidas de que eles representam o futuro, não apenas do ponto de vista do investimento econômico feito pela sociedade e dos seus dividendos mais imediatos, como também sob a perspectiva de que serão estes indivíduos os responsáveis pela educação e formação de hábitos e atitudes das gerações vindouras (RUA, 1998, p.739).

Tal situação remete-nos a uma reflexão acerca do contexto sociopolítico e econômico brasileiro mais geral, no qual o país, em consonância com as exigências atuais do capitalismo mundial, tem dado pouca atenção à construção de uma rede assistencial de qualidade que venha favorecer a adoção de políticas concretas voltadas para os usuários de álcool e outras drogas, contrapondo-se à histórica desigualdade social existente. Neste sentido, as particularidades e populações específicas não poderiam ser esquecidas, permanecendo à margem da política.

A simples importação do paradigma europeu para realidade nacional, de forma desconectada das particularidades do cenário brasileiro, não implica a efetiva concretização de seus preceitos e concepções em uma sociedade construída sobre moldes da criminalização da pobreza e do desprezo às reais necessidades da população.

Consideramos que não há como se criar uma política pública de drogas forte e bem estruturada, no contexto brasileiro atual, sem mexer no arcabouço que rege nossa sociedade, sem vislumbrar a alteração dos contornos da questão social que vai muito além da saúde pública em si, incluindo alterações de âmbito econômico, social e cultural. Algumas propostas, limitadas, que buscam apenas alterar determinados aspectos da vida social, têm surgindo na atualidade e ganhado o respaldo, inclusive de universidades e setores sociais relevantes, prometendo resolver a questão como “num passe de mágica”. Dentre elas, citamos

a proposta da “legalização das drogas”¹⁶⁹, respaldada em experiências de alguns países europeus, na qual a única alteração sugerida seria de ordem legal/penal.

No caso brasileiro, o binômio legalização das drogas e desresponsabilização estatal não auxiliará em nada na elaboração de propostas efetivas que venham ao encontro da busca de solução para a questão das drogas no Brasil. Antes, o trato coerente da questão envolveria a adoção, por parte do Estado, de medidas amplas de caráter sociopolítico, econômico e cultural, em que houvesse a inversão de valores atualmente preponderantes neste país, com a valorização e investimento na população (incluindo a juventude) em detrimento de soluções econômicas e pontuais (com a implantação de poucos serviços mal-estruturados e inadequados), com a aparência de inovadoras e que não fazem mais do que reproduzir o passado sob nova roupagem.

Para se reorganizar a política de drogas nacional, é preciso investimento, recursos humanos, materiais e físicos; além de estratégias concretas para se lidar com populações específicas (entre as quais os adolescentes). Em síntese, é necessário romper e superar o descaso histórico existente no país em relação às políticas públicas sobre as drogas e realizar sua conexão com a população infantojuvenil.

¹⁶⁹ Sabemos que o assunto drogas é extremamente polêmico, suscitando muitas paixões e posições arraigadas de diversas naturezas, por isso (e também por não se constituir em objeto de nossa dissertação), não nos aprofundaremos nesta discussão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 – LIVROS, TESES, DOCUMENTOS OFICIAIS, ARTIGOS DE REVISTAS CIENTÍFICAS, ENCONTROS, SEMINÁRIOS E CONGRESSOS:

ABRAMO, H. W. **Cenas Juvenis: punks e darks no espetáculo urbano**. Editora Scrita. São Paulo, 1994.

ACESELRAD, Gilberta. **Políticas de drogas e cultura de Resistência**. Disponível em: www.fsmt.org.co/aa/img_52db53d37ec3594c9a13faef9c48a44/gilberta.doc. Acessado em 12 de outubro de 2008.

ARREGUI, C.C; WANDERLEY, B. **A vulnerabilidade social é atributo da pobreza?** In: Revista Serviço Social e Sociedade – Projeto Profissional e Conjuntura, São Paulo, 97, Cortez Editora, v. 30, n. 97, pp. 143-165, il. jan./mar. 2009.

BATISTA, Vera Malaguti. **Difíceis ganhos fáceis**. Drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro. RJ, Revan, 2003.

BEHRING, E. R., BOSCHETTI. I. **Política Social: fundamentos e história**. 5ª edição Ed – São Paulo: Cortez, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: 15 ANOS DEPOIS DE CARACAS. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2.ed. rev. ampl. Série B. Textos Básicos de Saúde.– Brasília:Ministério da Saúde, 64 p., 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/A%20politica.pdf>. Acesso em: 14 de agosto de 2010.

BRAVO, M. I. S. . **Política de Saúde no Brasil**. In: Ana Elizabete Mota; Maria Inês Souza Bravo; Roberta Uchôa; Vera Nogueira; Regina Marsiglia; Luciano Gomes; Marlene Teixeira. (Org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009, v. 1, p. 88-110

BRESSER PEREIRA, L. C; SPINK, P. (Orgs). **Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

CARVALHO, C. **Contracultura, drogas e mídia**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 25., 2002, Salvador. Anais... São Paulo: Intercom, 2002. CD-ROM.

CARVALHO, D. B. B, ROCHET, J., PAULINO, F. O. **Política Pública de Redução de danos e uso de drogas no Brasil**: contradições do processo de construção de uma política nacional. In: BOSCHETTI, I et al (org) Política Social no capitalismo: tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008.

CASSAB, M. A. T et ali. **Juventude e Políticas Públicas no Brasil nos anos 1990**. Notas de uma Pesquisa sobre Jovens em Juiz de Fora – MG. Revista Libertas. Juiz de Fora, Vol 1. n.1 dezembro de 2006. Disponível em www.revistalibertas.ufjf.br, acessada em 16 de agosto de 2007.

CATTACIN, S. et AL. **Modèles de politique em Matière de drogue**, Ed. L`Haramttan, Paris, 1996.

CERVINI, Raul. **Os processos de descriminalização**. 2 ed., São Paulo: Revista dos Tribunais, 1995.

CMDCA/JF; AMAC; BNDS; UFJF; FADEP. **Diagnóstico Social**: Infância e Juventude em Juiz de Fora. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2001.

COMISSÃO ORGANIZADORA DA III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, [11 a 15 de dezembro de 2001], 2002, 213 p. ISBN 85-334-0592-8

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. 5ª [22 e 24 de julho de 2009]. CMAS/jf. Juiz de Fora. **5ª Conferência Municipal de Assistência Social**: Participação e Controle Social no SUAS. Disponível em: http://www.pjf.mg.gov.br/sas/conselho/conferencia/relat_5conferencia.pdf. Acesso em: 18 de julho de 2010.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. 4ª. Setembro de 2007. CMDCA/ jf. Juiz de Fora. **Deliberações da 4ª Conferência Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e Plano de Ação para 2008**. Disponível em: http://www.pjf.mg.gov.br/sg/conselhos/crianca_adolesc/conferencia/conferencia.doc. Acesso em 18 de julho de 2010.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL SE SAÚDE MENTAL DE JUIZ DE FORA. 4ª [8 e 10 de abril de 2010] CMSM/JF. Juiz de Fora. **Saúde Mental, Direito E Compromisso De Todos**:

Consolidar Avanços e Enfrentar Desafios. Disponível em:

http://www.pjf.mg.gov.br/saude/conselhos/saude/conferencias/relatoriofinal_4conferencia.pdf
. Acesso em 18 de julho de 2010.

CONTE, M et al. Consumismo, uso de drogas e criminalidade: riscos e responsabilidades.

Psicologia, ciência e profissão, Brasília, v 1, março 2007 pág 94 – 105. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1414-98932007000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 14 de agosto de 2010.

DOWDNEY, L. **Crianças Do Tráfico** - Um Estudo de Caso de Crianças em Violência Armada Organizada no Rio De Janeiro. Sete Letras. Rio de Janeiro, 2003.

ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME/ UNODC. **Relatório Mundial sobre Drogas**, 2009. Disponível em:

http://www.unodc.org/pdf/brazil/WDR2009/WDR_2009_Referencias_ao_Brasil.pdf. Acesso em: 14 de agosto de 2010.

FIGLIARELLI, M. **A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil**: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: VENÂNCIO, R. P; CARNEIRO (ORG). Álcool e drogas na História do Brasil. SP Alameda; BH Editora, PUC Minas, pp. 257-290, 2005.

FORTI, V. GUERRA, Y (org). **Na prática a teoria é outra?** In: Serviço Social: temas, textos e contextos. Rio de Janeiro; Lumen Juris, p. 3-21, 2010.

GARCIA, M. L. T, LEAL, F. X, ABREU, C. C. **A política Antidrogas brasileira**: velhos dilemas. 2ª. Revista Psicologia e Sociedade, Espírito Santo, v 20, 2008, pp. 267-276.

Disponível também em: <http://www6.ufrgs.br/seerpsicsoc/ojs/viewarticle.php?id=510>. Acesso em 14 de agosto de 2010.

LEMOS, T; ZALESKI, M. **As principais drogas: como elas agem e quais os seus efeitos**.

In: PINSKY, I. BESSA, M. (org) A. Adolescência e drogas. 2ª ed. São Paulo. Editora Contexto, pp 16-30, 2006.

LIMA, R. S; PAULA, L. **Juventude, temor e insegurança no Brasil**. In: PINSKY, I. BESSA, M. (org) A. adolescência e drogas. 2ª ed. São Paulo. Editora Contexto, PP 99-105, 2006.

MANDEL. Ernest. **A explicação Marxista das crises**. Disponível em:

<http://blog.controversia.com.br/2009/01/22/a-explicacao-marxista-das-crisis-ernest-mandel/>
Acesso em: 6 de fevereiro de 2010.

MARQUES, M. B. **Relações Fundamentais entre C & T e Reforma Sanitária no Brasil.** In: Cadernos de Saúde Pública, RJ (5) pp 424 – 440, out /dez 1989. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v5n4/07.pdf>. Acesso em: 14 de agosto de 2010.

MESQUITA F. **A construção de um caminho democrático e humanitário para o Brasil.** Revista Outro Olhar, Belo Horizonte, v.3, n.3, pp.23-27, 2003. Disponível também em: <http://www.reduc.org.br/pages.php?recid=8>. Acesso em 01 de novembro de 2008.

MIOTO, Regina Celia Tamasso. **Perícia Social:** proposta de um percurso operativo. In: Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, v. 67, p. 145-158, 2001.

NETTO, J. P e BRAZ, M. **Economia Política:** uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2006.

NOGUEIRA FILHO, D. M., **Toxicomanias.** São Paulo: Escuta, 1999.

OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA. **Relatório anual 2009:** a evolução do fenómeno da droga na Europa. Factos, números e análises relativos ao fenómeno da droga na Europa e em cada país. Relatório, Lisboa. 2009. Disponível em: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_64227_PT_EMCCDDA_AR08_pt.pdf. Acesso: 14 de agosto de 2010.

OLINGER, M. **Drogas – questões e perspectivas:** Brasil e a Política Nacional sobre drogas, [200?]. Disponível em: www.comunidadessegura.org/files/active/0/Boletim_2_Final.pdf. Acesso em 26 de dezembro de 2008.

OLIVEIRA, J. A. **A adolescência e o uso de drogas.** In: BUCHER, R. As drogas e a vida: uma abordagem psicossocial. São Paulo: EPU. Editora Cordato. 1988.

PINSKY, I. BESSA, M. (org) **A. adolescência e drogas.** 2ª ed. São Paulo. Editora Contexto, PP 99-105, 2006.

RAUPP, Luciane Marques; MILNITSKY-SAPIRO, Clary. **Adolescência, drogadição e políticas públicas:** em busca de uma compreensão das concepções e práticas contemporâneas. In: SIMPOSIO INTERNACIONAL DO ADOLESCENTE, 2., 2005, São Paulo. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000082005000200066&lng=en&nrm=abn. Acesso em: 12 Novembro de 2009.

REGHELLIN, E. M. **Redução de Danos**: prevenção ou estímulo ao uso indevido de drogas injetáveis. São Paulo: Revista dos tribunais, 2002.

REIS, R, GARCIA, M. L. T. **A trajetória de um serviço público em álcool e outras drogas no município de Vitória**: o caso do CPTT*. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol. 13, n. 006, nov/ dez, pp. 1965 – 1974, 2008. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63013629.pdf>. Acesso em: 14 de agosto de 2010.

RIBEIRO, M. M, RIBEIRO M. **Política Mundial de drogas ilícitas**: uma reflexão histórica. Associação Brasileira de Estudos do álcool e outras drogas. In: Silveira DX, Moreira FG, (org). Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Editora Atheneu; pp. 457 – 468, 2006. In: http://www.abead.com.br/boletim/arquivos/boletim41/ribeiro_e_ribeiro_poltica_mundial_de_drogas.pdf. Acesso em: 14 de agosto de 2010.

RODRIGUES, L.B.F. **Controle penal sobre as drogas ilícitas**: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade. 2006. 273 f. Tese (Doutorado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo.

RODRIGUES, T. - **Política e Drogas nas América**, Ed. Fapesp/EDUC, SP, 2004.

RUA, M. G. **As Políticas Públicas e a Juventude dos Anos 90**. In: Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas. 2v. Brasília: CNPD, 1998.

SANTOS, C. M. **Os Instrumentos e Técnicas: Mitos e Dilemas na Formação Profissional do Assistente Social no Brasil**. 2006. 251 fls (Tese de Doutorado). UFRJ: Rio de Janeiro.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e Justiça** – a Política Social na Ordem Brasileira. 2a. ed., rev. e atualizada Rio de Janeiro: Campus Ltda, 1987.

SHINN, T. **Desencantamento da modernidade e da pós-modernidade**: diferenciação, fragmentação e a matriz de entrelaçamento. In: Scientiæ Zudia. São Paulo, v. 6, n. 1, p. 43-81, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ss/v6n1/a02v06n01.pdf>>. Acesso em: 10 de agosto de 2010.

SZYMANKI, H. Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo em mudança. In: Revista Serviço Social e Sociedade – Famílias, São Paulo, Cortez Editora, n. 71, pp. 9-25, ano XXIII. Especial, 2002.

SILVA, V. A. e MATOS, H. F. **Os jovens são mais vulneráveis às drogas?** In: PINSKY, Y. I., BESSA, M. A. adolescência e drogas. 2ª ed. São Paulo. Editora Contexto, pp. 31-53, 2006.

SOARES, L. T. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina.** nº 78, São Paulo: Cortez, Col. Questões da nossa época, 2000.

SPOSITO, M. **Trajetórias na constituição de Políticas públicas de juventude no Brasil.** In: FREITAS, M. V., PAPA, F. C. (org). Políticas Públicas – Juventude em Pauta. 2ª ed. São Paulo. Ação Educativa Assessoria, Pesquisa e informação: Fundação Friedrich Ebert, 2008.

VELHO, G. **A dimensão cultural e política dos mundos das drogas.** In: ZALUAR, A. (Org.). Drogas e Cidadania: repressão ou redução de riscos. São Paulo: Brasiliense, pp. 23-29, 1994.

WOOD, E. M. & FOSTER, J. B. (orgs). **Em defesa da história:** marxismo e pós-modernismo. Tradução Ruy Jungman. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Ed, 1999.

DICIONÁRIOS:

Dicionário Aurélio – Disponível em: <http://www.dicionariodoaurelio.com/>

Dicionário Aurélio século XXI – Disponível em:
http://www.4shared.com/file/6367482/fde5f652/Aurelio_xxi.html?s=1

LEGISLAÇÕES:

BRASIL. Resolução Nº3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005. Aprova a política nacional sobre drogas. Disponível em:
<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326979.pdf>. Acesso em 14 de agosto de 2010.

_____. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em:
<http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>. Acesso em: 19 de agosto de 2010.

_____. Decreto 85.110, de 2 de setembro de 1980. Revogado pelo decreto n. 2.632/1998. Institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, e dá outras providências. Disponível em:
<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/327028.pdf>. Acesso em 14 de agosto de 2010.

_____. Lei 6.368/76. Revogada pela lei 11.343 de 2006 de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6368.htm. Acesso em 14 de agosto de 2010.

_____. Lei 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras procedências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm. Acesso em 14 de agosto de 2010.

_____. Lei 10.409 de 11 de janeiro de 2002. Revogada pela Lei 11.343 de 2006. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10409.htm. Acesso em 14 de agosto de 2010.

_____. Lei nº 11.343, 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: 14 de agosto de 2010.

_____. Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6368.htm. Acesso em: 14 de agosto de 2010.

_____. Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>. Acesso em: 14 de agosto de 2010.

_____. Portaria SAS/189 de 20 de março de 2002. Disponível em: <http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/189.pdf>. Acesso em: 14 de agosto de 2010.

ANEXOS:

1. DROGAS: TIPOS E CLASSIFICAÇÕES

A tipologia das drogas foi se alterando conforme o contexto histórico e os avanços tecnológicos da indústria farmacêutica. As classificações sofreram a influência das perspectivas políticas e dos embates ideológicos construídos em torno da legitimação ou proibição das referidas substâncias.

Atualmente, pode-se dizer que não existe uma classificação única no que diz respeito às drogas. Neste estudo, utilizaremos uma das mais presentes na atualidade e defendida por Bucher¹⁷⁰ (1988) e Lemos & Zaleski (2006), que divide as drogas em três grupos conforme os efeitos das substâncias no sistema nervoso central, a saber: depressores, estimulantes e perturbadores.

DEPRESSORES	ESTIMULANTES	PERTURBADORES
<p>CONCEITO: Substâncias que diminuem a atividade mental. Prejudicam a atenção, a concentração, a tensão emocional e a capacidade intelectual.</p>	<p>CONCEITO: Drogas que aumentam a atividade mental. Afetam o cérebro, fazendo com que funcione de forma mais acelerada. Aumentam o estado de atenção, suprimindo a fadiga e o sono. Um dos efeitos colaterais é a inibição do apetite.</p>	<p>CONCEITO: Drogas que alteram a percepção. Podem ser obtidas de fontes naturais ou sintéticas. São chamadas de substâncias alucinógenas e provocam distúrbios no funcionamento do cérebro, fazendo com que ele passe a trabalhar de forma desordenada, numa espécie de delírio. Pode levar a loucura. Algumas destas drogas foram muito utilizadas em meados nos anos de 1960, no movimento contracultural.</p>
<p>TIPOS:</p> <p>1. OPIÁCEOS: Obtidos através da papoula. São conhecidos desde a antiguidade. São as mais comuns: morfina, codeína, heroína, petidina e metadona.</p> <p>2. ANSIOLÍTICOS: São empregadas no combate a ansiedade e tensão. Surgiram nas décadas de 1950 e 1960.</p> <p>3. HIPNÓTICOS: Induzem ao sono. Foram sintetizados ainda no século XVIII. Os barbitúricos são os mais</p>	<p>TIPOS:</p> <p>1. ANFETAMINAS: Segundo Bucher (1988), a primeira anfetamina foi sintetizada em 1887, no entanto, foi lançada no mercado apenas em 1932. Esta droga foi usada durante a Segunda Guerra Mundial com o objetivo de resistir à fadiga do combate. Também foi muito utilizada no controle à obsidade. Na década de 1970 foi considerada droga psicotrópica, sendo submetidas a controle de comercialização e produção. O Brasil é um dos maiores consumidores de anfetaminas, visando o emagrecimento.</p> <p>2. TABACO: Há registros de uso do tabaco desde 1000 a.c. pelos povos indígenas nas histórias das</p>	<p>TIPOS:</p> <p>1. LSD, MESCALINA E PSILOCIBINA: As três substâncias produzem euforia, distorção na percepção de tempo e espaço, formas e cores, alucinações, manias de perseguição ou grandeza.</p> <p>a) LSD (dietilamida de ácido lisérgico): substância semi-sintética elaborada por um químico suíço a partir de um fungo (ergot), encontrado no centeio.</p> <p>b) Mescalina: principal princípio ativo do cactus peyote, existente nas regiões áridas dos EUA e México. Utilizado em cerimônias religiosas.</p> <p>c) Psilocibina: agente responsável pela</p>

¹⁷⁰ Bucher (1988) ressalta que, de uma forma geral, a referida classificação é meramente didática, visto que tais efeitos das drogas no organismo humano podem variar de indivíduo para indivíduo conforme com a quantidade de droga utilizada, o tempo de utilização, etc.

<p>destacados neste grupo. Os barbitúricos mais conhecidos são: o fernobarbital (um anti-epilético), o pentobarbital (um indutor do sono) e o tiopental (um analgésico).</p> <p>4. BENZODIAZEPÍNICOS: O efeito mais comum é a sedação. Os mais conhecidos são o Diazepam, o Lorazepam, o Bromazepam, o Clonazepam, o Flunitrazepam, o Midazolam e o Alprazolam.</p> <p>5. ÁLCOOL: Etanol presente nas bebidas alcoólicas.</p> <p>6. INALANTES: São utilizados em várias partes do mundo, principalmente por populações marginalizadas. Subdividem-se em dois grupos:</p> <p>a) Solventes orgânicos: Iniciou-se nos EUA por volta da década de 1960. São encontrados em colas, vernizes, removedores de tinta, fluídos de isqueiros, tira-manchas e soluções para lavagem a seco.</p> <p>b) Clorofórmio e éter: O clorofórmio é conhecido desde 1847 e foi usado durante muito tempo como anestésico, atualmente, no entanto, seu uso foi abandonado. O éter também foi utilizado como anestésico, tendo seu uso abandonado. Atualmente usam-se os lança-perfumes e o “loló” que são feitos à base de éter e clorofórmio.</p>	<p>Américas com fins curativos. Efeitos no organismo: aumento do estado de atenção e do desenvolvimento psicomotor. É também inibidor do apetite.</p> <p>3. COCAÍNA: A cocaína é extraída da folha da coca, no seu estado puro assume a forma de um pó branco. Está difundida entre o povo indígena brasileiro, no Peru e na Bolívia desde os tempos mais remotos. Chegou a ser prescrito por Freud como ansiolítico e antidepressivo. É encontrada em diferentes apresentações, podendo ser: fumada na forma de pasta (conhecida como merla), ser aspirada na forma de pó ou microcristais (cloridrato de cocaína), injetada na veia, ou ainda fumada em cachimbos na forma sólida ou em pedra (o crack).</p>	<p>ação alucinógena de alguns cogumelos mexicanos.</p> <p>2. CÂNHAMO (cannabis sativa): É antiguíssima na história da humanidade. Conforme o material utilizado na sua preparação, recebe três nomes: maconha (composta de flores e folhas), ganja (composta apenas das flores, é mais potente que a primeira) e haxixe, também conhecido como charas (composta de resina obtida da planta, é a mais potente de todas).</p> <p>3. HOSCA OU AYAHUASCA: A hoasca (vegetal) ou ayahuasca (daime) são nomes dados a uma bebida alucinógena (na forma de chá) utilizada nas seitas União do Divino Vegetal (U.D.N) e Santo Daime (S.D), respectivamente. Sua utilização é predominantemente religiosa.</p> <p>Lemos & Zaleski (2006) classificam também como substâncias alucinógenas:</p> <p>a) Ecstasy (êxtase): é uma anfetamina sintetizada nos EUA em 1914 com o efeito de moderadora do apetite. Possui estrutura semelhante ao LSD. Tornou-se muito popular na década de 1980, sendo associada à cultura clubber (danceterias).</p> <p>b) Clubs drugs: nome dado às várias substâncias alucinógenas utilizadas em clubs e casas noturnas com o objetivo de intensificar ou alterar as percepções sensoriais nas festas. Ex: flunitrazepam e GHB.</p> <p>c) Esteróides anabolizantes: são derivados da testosterona, hormônio masculino. Possuem o efeito de aumento da massa muscular, virilizante e masculinizante. Os mais utilizados no Brasil são: estanozolol e nandrolona. Seu uso está muito relacionado ao estereótipo de beleza estética reinante na atualidade.</p>
---	---	---

2. QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ADOLESCENTES:

1. IDENTIFICAÇÃO:

NOME: _____ IDENTIFICAÇÃO: _____
 SEXO: () MASC () FEM IDADE: _____
 COR: _____
 ENDEREÇO (BAIRRO): _____
 MOTIVO QUE O LEVOU AO JUDICIÁRIO: _____

2. CONTEXTO SÓCIO-ECONÔMICO:

a) Reside com quem?

() ambos os pais () um dos pais. Qual? _____
 () outro familiar. Qual: _____
 colegas () sozinho () abrigo () rua
 () outro _____

b) Com quantas pessoas você mora? _____. Nível de parentesco: _____

c) Estuda? () SIM () NÃO. Último ano que estudou: _____
 Nível de escolaridade: _____
 Escola: () pública () particular

d) Trabalha? () SIM () NÃO

Em caso negativo:

() Já trabalhou () faz bicos de vez em quando () projeto social
 () Nunca trabalhou () outro _____

Em caso positivo:

Onde: _____
 Carga horária: _____ Salário: _____

d) Qual é a situação financeira das pessoas que residem na sua casa?

MORADIA: () própria () alugada () cedida () financiada
 () não sabe. () outro _____

A família recebe benefícios governamentais? () SIM () NÃO () não sabe.
 Quais? _____

e) Você participa de projetos sociais? () SIM () NÃO.

Em caso negativo, já participou? () SIM () NÃO. Quais? _____

- Foi bom e me ajudou bastante. não cheguei a ir, pois não queria.
 fui poucas vezes. tenho ido regularmente, estou gostando.
 não gostei e parei. tenho ido regularmente, mas não estou gostando.
 estou indo por pressão de alguém. Quem _____
 vou às vezes.
 comecei tem pouco tempo. outro _____

OBS: _____

13. QUAL OUTRO TIPO DE ATIVIDADE QUE VOCÊ REALIZA QUE TE AUXILIA NO TRATAMENTO? POR QUE?

- curso _____
 atividade esportiva _____
 projeto social _____
 atividade grupal _____
 terapia| psicologia _____
 religião _____
 diversão _____
 outro _____

OBS: _____

14. EM RELAÇÃO AO CAPS AD:

a) O QUE VOCÊ PENSA A RESPEITO DO TRATAMENTO? _____

b) O QUE VOCÊ GOSTA E O QUE VOCÊ NÃO GOSTA DE REALIZAR NA INSTITUIÇÃO? _____

c) EXISTEM ATIVIDADES DEDICADAS ESPECIFICAMENTE PARA ADOLESCENTES?

() SIM

() NÃO

d) VOCÊ REALIZA O TRATAMENTO NO CAPS ESPONTANEAMENTE?

() SIM () NÃO.

EM CASO NEGATIVO, SE NÃO FOSSE OBRIGADO, VOCÊ PARTICIPARIA DESSE TRABALHO?

e) VOCÊ JÁ INDICOU OU INDICARIA PARA ALGUÉM? () SIM () NÃO. POR QUE?

Obs. Conduzir a entrevista de forma a deixá-lo falar, ter confiança em você.

3. QUESTIONÁRIO APLICADO A PROFISSIONAL DO CAPSAD

1. IDENTIFICAÇÃO:

NOME: _____

CARGO: _____

2. PROFISSIONAL:

a) Há quanto tempo você trabalha no CAPS ad? _____

b) Qual sua carga horária de trabalho? _____

c) Vínculo empregatício: concurso CLT cedido
 terceirizado outro _____

d) Trabalha em outro local: SIM NÃO. Qual? _____

e) Formação: _____

Outros:

atualização especialização mestrado doutorado
 pós-doutorado

Temática da pós-graduação _____

f) Possui conhecimento na área de drogas ou adolescência?

SIM DROGAS SIM ADOLESCÊNCIA SIM AMBOS
 NÃO

g) Qual é a sua concepção teórica acerca das drogas? _____

3. INSTITUCIONAL:

3.1) LEGISLAÇÃO:

a) Qual o público-alvo do CAPS ad?

e) Na sua opinião, qual a contribuição do CAPS AD para a rede de tratamento de drogas no município de Juiz de Fora?

f) Qual avaliação você faz do início do funcionamento do caps ad até a presente data?

g) E em relação ao crack, quais as estratégias da instituição em relação a nova droga? Você considera que a instituição está preparada para lidar com esta nova droga?

3.3) O CAPS AD E OS ADOLESCENTES:

a) O CAPS ad tem algum trabalho específico voltado para o público adolescente?

() SIM () NÃO. Qual? _____

b) Anteriormente a inauguração, como era tratada a questão adolescência X drogas no município? E como é agora?
