



Faculdade de Ciências da Educação e Saúde - FACES
Curso de Psicologia

Análise do novo projeto de lei sobre drogas à luz dos princípios da Reforma Psiquiátrica e da
Lei 11.343/06

Aluno: Karlos Magno Sousa Silva

Brasília

Dezembro de 2013



Faculdade de Ciências da Educação e Saúde - FACES
Curso de Psicologia

Análise do novo projeto de lei sobre drogas à luz dos princípios da reforma psiquiátrica e da

Lei 11.343/06

Karlos Magno Sousa Silva

Monografia apresentada à Faculdade de
Psicologia do Centro Universitário de Brasília
– UniCEUB como requisito parcial à
conclusão do curso de Psicologia.

Professor-orientador: Dr^a Tatiana Lionço

Brasília

Dezembro de 2013



Faculdade de Ciências da Educação e Saúde - FACES
Curso de Psicologia

Folha de Avaliação

Autor: Karlos Magno Sousa Silva

Título: Análise do novo projeto de lei sobre drogas à luz dos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Lei 11.343/06

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Tatiana Lionço

Orientadora

Profa. MSc. Tânia Inessa Martins de Resende

Profa.MSc. Suzana Meira L. de C. Joffily

Brasília

Dezembro de 2013

Agradeço ao Uniceub, aos mestres e, principalmente, a minha orientadora, Tatiana Lionço, que através dos conhecimentos e reflexões críticas disponibilizados ao corpo discente contribuíram para minha formação profissional e pessoal.

Sumário

Introdução.....	01
Capítulo I.....	05
1. Loucura e a Reforma Psiquiátrica	05
1.1 – A constituição da Loucura e a criação dos hospitais psiquiátricos	05
1.2 - Surgimento dos movimentos sociais no combate à psiquiatria e ao modelo hospitalocêntrico.....	17
1.3 - Princípios, conceitos centrais, marco legal e o que se propõe superar.....	22
Capítulo II.....	29
2. Drogas, Reforma Psiquiátrica e Políticas Públicas	29
2.1 - Histórico das legislações e políticas públicas adotadas pelo Brasil e suas diferentes concepções sobre o usuário de drogas (criminalização do usuário x questão de saúde pública).....	29
2.2-Enfrentamento do uso abusivo de drogas nas Políticas Públicas de Saúde.....	55
2.3 - Internação compulsória no contexto da drogadição.....	64
Capítulo III.....	68
3. Comparação entre a Lei 11.343/06, o novo projeto de lei nº 7.663-c/10 e a Lei 10.216/01.....	68
3.1 – A metodologia empregada na análise do material selecionado.....	68
3.2 - Categorias escolhidas.....	75

3.3.1 - Fortalecimento da justiça terapêutica e das representações sociais relacionadas ao usuário e dependente de drogas.....	75
3.3.2 - Discriminação, preconceito e exclusão social do usuário e dependente de drogas ilícitas.....	94
3.3.3 - A manutenção do proibicionismo e de suas mazelas.....	109
Considerações finais.....	134
Referências.....	137

Resumo

O presente trabalho deve como objetivo analisar o atual projeto de lei sobre drogas aprovado recentemente na Câmara e encaminhado ao Senado Federal para apreciação e votação. As mudanças que provocará na Lei 11.343/06 e impactos negativos que provocará ao que foi assegurado pela Lei da Reforma Psiquiátrica serão esmiuçados com ajuda da metodologia empregada, conhecida como codificação ou categorização, e entendida como palavras ou conceitos-chaves que facilitam a compreensão do pesquisador porque através desse código ele consegue acessar todo conteúdo importante do texto. Para subsidiar a análise desse projeto e para entender melhor sobre as concepções que a sociedade atual tem a respeito do usuário e dependente de drogas foi realizada uma revisão histórica da constituição da loucura, da criação do hospital psiquiátrico, da luta travada para se romper com a lógica manicomial, das convenções internacionais realizadas para corporificar o paradigma proibicionista e das legislações e políticas públicas adotadas no Brasil para lidar com os usuários, dependentes químicos e traficantes ao longo do último século. As mudanças propostas pelo projeto, uma vez que não delimita objetivamente uma diferença entre usuário e traficante, contribuem ainda mais para que a prática da justiça terapêutica e o paradigma da abstinência se fortaleçam, uma vez que apesar de não encarcerar o sujeito, o submete a um tratamento compulsório. Atualiza mecanismos de vigilância e reabilitação, outrora, criados entre os campos do saber jurídico, médico e psicológico e mantém o caráter punitivo e discriminatório em relação ao usuário assim como aumenta a punição contra traficantes.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, Paradigma proibicionista, Paradigma da abstinência.

Introdução

Diante do intenso e acalorado debate que a mídia, Congresso Nacional, sociedade civil e especialistas das áreas de Direitos Humanos, Segurança Pública e Saúde vêm promovendo para avaliar o projeto de Lei 7.663, do Deputado Osmar Terra (PMDB-RS), e seu substitutivo, proposto pelo Deputado Givaldo Carimbão (PSB-AL), que tem como finalidade acrescentar e alterar dispositivos à Lei 11.343, os temas drogas e internação compulsória e involuntária nunca estiveram tão presentes como nos últimos anos (Brasil, 2006a; Câmara Federal, 2013; Terra, 2010).

Uma explicação para tamanha mobilização, principalmente por parte dos órgãos de defesa dos Direitos Humanos, se deve ao retrocesso que o novo projeto de lei sobre drogas pode representar perante as conquistas do movimento antimanicomial, que teve como sua maior conquista a promulgação da Lei 10.216, que versa sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, além de redirecionar o modelo assistencial em saúde mental, conhecido até então por ser hospitalocêntrico, para um modelo que viesse a oferecer serviços de atenção diária e de base territorial com o objetivo de reinserir os usuários e suas famílias à sociedade (Brasil, 2001a).

No entanto, o aumento da criminalidade; o surgimento da “epidemia de crack”; a degradação humana, apontada por alguns, que ele poderia provocar; o atraso na elaboração e aprovação de políticas públicas que deixem de considerar o usuário como um cidadão de valor inferior aos demais, possibilitando-lhes outras opções de reconhecimento social para além da criminalidade ou da patologia e a escassez, até pouco tempo, de investimentos públicos destinados à criação de outros modelos de atenção que respeitassem a autonomia do usuário ou dependente químico fizeram com que o tema ganhasse um contorno cada vez mais dramático, necessitando, agora, de soluções emergenciais para conter as conseqüências

naturais de décadas de omissão por parte de nossos dirigentes no enfrentamento da questão e das desigualdades sociais, muitas vezes, atreladas a elas.

O contexto caótico e complexo no qual as drogas e os usuários estão inseridos, a sensação de impotência e a falta de consenso por parte da sociedade diante de quais providências adotar para fazer frente ao aumento da oferta e do consumo de drogas só mostram como a solução para o problema não é tarefa das mais simples. Querer diminuir o consumo de drogas tanto lícitas quanto ilícitas é legítimo por parte do Estado, mas isso não significa que práticas higienistas precisem ser colocadas em prática para que isso aconteça. Se a sociedade não modificar essa visão restrita que tem dos usuários, não mudar sua legislação eminentemente proibicionista e não confrontar as informações veiculadas pela mídia, ela continuará legitimando violações contra a liberdade individual dos usuários ocasionais e da mesma forma acreditará que todo dependente químico só terá resultados concretos se for internado involuntária ou compulsoriamente, crença que pode propiciar o retorno, a manutenção e perpetuação da lógica manicomial do modelo hospitalocêntrico anterior, caracterizado pelo asilamento, medicalização e disciplina dos corpos. E é justamente essa a principal importância de um tema como esse ser problematizado no universo acadêmico: possibilitar uma visão mais ampla das drogas e do usuário, para além da visão eminentemente punitiva e moralista adotada pela legislação brasileira.

Este trabalho procurou analisar os impactos que o novo projeto de Lei provocará, caso seja aprovado no Senado, na atual Lei 11.343/06, bem como seus possíveis retrocessos nas conquistas alcançadas pela reforma psiquiátrica. Para atingir esse objetivo foi necessário mergulhar profundamente na constituição da loucura como doença mental e no lugar social que lhe foi disponibilizado; nas razões que levaram alguns movimentos, tanto na Europa quanto no Brasil, a romper com a lógica manicomial dos hospitais psiquiátricos; entender de que forma o usuário vem sendo tratado no passado e atualmente pela legislação brasileira e

que formas de atenção foram disponibilizadas ao longo do tempo a pessoas com transtornos decorrentes de álcool e outras drogas (Brasil, 2001a/2006a; Câmara, 2013; Terra, 2010).

Em relação ao projeto em si o deputado Osmar Terra, presente em reunião, no dia 10 de junho de 2013, com a equipe psicossocial do Serviço de Assessoramento a Magistrados sobre o Uso de Drogas (SERUQ), do Tribunal de Justiça do Distrito Federal (TJDFT), explicou que a versão final do projeto de lei nº 7.663, aprovado pela Câmara dos Deputados, no dia 28 de maio de 2013, e encaminhada ao Senado, estabelece: aumento de pena para traficantes, introdução da internação “involuntária” para desintoxicação, estabelecimento de rede de atendimento com organizações governamentais e não-governamentais (comunidades terapêuticas), criação de incentivos para reinserção social, criação de sistema de informação e avaliação dos tratamentos que as instituições disponibilizam para os usuários e a definição de competências para cada ente federado que compõe o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad. Todas essas informações mencionadas pelo Deputado foram constatadas pelo pesquisador no texto final do projeto (Câmara Federal, 2013).

O Deputado Osmar Terra aproveitou a oportunidade para esclarecer que embora a imprensa tenha veiculado, nunca propôs regulamentar a internação compulsória, pois, segundo ele, ela já foi regulamentada pela Lei da reforma psiquiátrica e é prerrogativa do juiz de direito. Acredita que tamanha confusão por parte da mídia em relação ao projeto se deve ao fato de estarem ocorrendo internações compulsórias em massa nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro no período em que sua proposição tramitava na Câmara. Apesar de fazer tal afirmação relacionada à internação compulsória naquele tribunal, isso não pareceu tê-lo dissuadido, no momento em que elaborou o projeto sobre drogas, a relançá-la novamente para o público específico para o qual o projeto se destinava, pois nele, inicialmente, constavam as três modalidades de internação (Brasil, 2001a; Terra, 2010).

Instituir atualmente a internação involuntária ou compulsória específica para usuários de drogas como recurso primário, independente do nome que se queira dar, traz à tona práticas que já foram adotadas no passado em relação à loucura. Sendo que os argumentos utilizados em ambas as situações são os mesmos: o sujeito encontra-se desprovido de razão, sem capacidade de gerir sua própria vida, além de representar perigo para si mesmo e para os demais.

Conhecer como a loucura foi sendo vista ao longo dos tempos pode ajudar a traçar um paralelo com as drogas e com o estigma que os usuários de drogas vêm carregando nos últimos séculos, ao mesmo tempo, em que pode oferecer a dimensão das conquistas alcançadas pelos movimentos sociais no combate a instituições manicomiais através da implantação gradativa de novos modelos de atenção destinados aos doentes mentais, entre os quais, os que sofrem de problemas decorrentes do uso do álcool e outras drogas, sem contar o quanto pode tornar mais claro o tamanho do retrocesso que uma política repressora e higienista voltada para esse segmento da sociedade pode representar para a saúde mental brasileira. Nesse sentido, o presente trabalho teve como objetivo comparar a redação final do novo projeto de lei nº 7.663-c/10 com a lei 11.343 e a lei 10.216 da reforma psiquiátrica, evidenciando os avanços e apontando os retrocessos que o novo projeto causará no trato da questão (Brasil, 2001a/2006a; Câmara Federal, 2013).

Capítulo I

Loucura e a Reforma Psiquiátrica

1.1 - A Constituição da Loucura e a Criação dos Hospitais Psiquiátricos

Querer instituir atualmente uma política pública de internação involuntária e compulsória voltada especificamente para os dependentes químicos através do novo projeto de lei sobre drogas traz à tona práticas que guardam relação direta com as que já foram adotadas no passado em relação à loucura. Os dois principais argumentos utilizados para legitimar tais práticas para com os usuários de drogas são os mesmos que outrora foram utilizados para trancafiar os loucos em instituições asilares: a compreensão de que seriam sujeitos desprovidos de razão e, portanto, sem capacidade de gerir suas próprias vidas, concebendo também a possibilidade desses sujeitos representarem perigo para si mesmos e para os demais (Câmara Federal, 2013; Terra, 2010, Pacheco, 2009).

Uma breve revisão da história da loucura se faz necessária para se ter o entendimento do porquê da necessidade e da importância de se manter as conquistas alcançadas pela reforma psiquiátrica. Assim como as drogas, a loucura foi sendo vista de forma diferenciada ao longo da história humana e cada representação social que se tinha a respeito da loucura demandava formas diferenciadas de entendimento e atuação perante o fenômeno (Pacheco, 2009).

Nas sociedades primitivas as pessoas que tinham transtorno mental eram consideradas mensageiras dos deuses e portadoras de poderes sobrenaturais. Posteriormente, ainda na Antiguidade, explicações mais racionais para a loucura foram sendo elaboradas por pensadores como Hipócrates (460 a.C.-377 a. C.) e Galeno (130 d.C.-200 d. C.) Já na Idade Média, a demonologia e a feitiçaria prevaleceram diante de explicações científicas, sendo motivo para numerosas inquisições (Fortes, 2010).

Foucault (1997) faz uma análise do poder psiquiátrico revelando que nem sempre a loucura permaneceu restrita ao lugar artificial no qual se constituiu o hospital psiquiátrico, que antes do século XVIII outros recursos eram utilizados para tratá-la, entre eles, a proximidade com a natureza e o teatro. Ele revela que mesmo depois que a loucura passou a ser internada, esses dois recursos ainda continuaram presentes, pois de alguma maneira influenciaram Esquirol (citado por Foucault, 1997) a transportá-los para dentro do hospital psiquiátrico. Isso aconteceu quando Esquirol (citado por Foucault, 1997) ao projetar um hospital psiquiátrico irá recomendar que os pátios fossem largos e com vistas para um grande jardim. E quando o teatro foi proposto como técnica terapêutica ao melancólico, objetivando resgatar a energia que outrora tinha perdido e o prazer pelo combate. Essa terapêutica fora proposta porque já se sabia do poder que o teatro poderia provocar na pessoa considerada louca, pois, ao mesmo tempo, que o louco se via representado por alguém, ao mesmo tempo, aquilo que era ficção passava a se tornar real pra ele, a ponto do que era tido como erro se revelar aos seus olhos como se verdade fosse (Foucault, 1997).

O internamento começa a ser praticado no começo do século XIX quando a loucura deixa de ser vista menos em relação ao erro e mais em relação ao que foge da conduta considerada normal e regular, quando deixou de ser vista como julgamento perturbado e passou a ser vista como “perturbação na maneira de agir, de querer, de ter paixão, de tomar decisão e de ser livre” (Foucault, 1997, p. 48). Foucault (1997) explica que a principal função do hospital psiquiátrico não é acabar com o delírio, até porque na época, Esquirol (citado por Foucault, 1997) tinha o entendimento que havia certos tipos de alienados em que o delírio era algo praticamente invisível, não se manifestava de forma evidente, mas jamais teve dúvida de que todo alienado teria paixões e anomalias morais que poderiam ser classificadas como desordenadas, pervertidas ou aniquiladas. Dito isso, Foucault esclarece que o hospital psiquiátrico nem sempre em todos os casos entende a cura como ausência de delírio e que o

processo de cura não se caracteriza pela dissipação do erro e retorno da verdade, mas sim do retorno das condutas regulares, ou seja, fazer retornar o desejo de rever os amigos, filhos, família, de voltar a ter sensibilidade, de sentir necessidade de confiar seu coração aos outros e, finalmente, de voltar a querer fazer o que anteriormente fazia (Foucault, 1997).

Para isso o hospital psiquiátrico tinha de saída a função que lhe era apropriada ao final do século XVIII, precisava descobrir a verdade da doença com o objetivo de desmascará-la e, ao mesmo tempo, afrontá-la com uma “vontade reta e paixões ortodoxas” (Foucault, 1997, p. 48). O confronto entre a paixão pervertida do louco e a vontade reta do médico juntamente com suas paixões ortodoxas surtirão dois efeitos: propiciará o aparecimento da vontade doente, que a princípio poderia não se manifestar em nenhum delírio, mas que surge justamente pela resistência do louco a se submeter à vontade reta do médico; e a submissão do louco a essa vontade, se a luta for bem conduzida. Para alguns doentes, o hospital terá a função de subjugar enquanto para outros terá a função de encorajar, de estimular (Foucault, 1997).

Foi partindo dessa necessidade de produzir verdade sobre a loucura que o hospital psiquiátrico se tornará no século XIX um lugar de diagnóstico e de classificação, lugar em que existe todo tipo de espécie de doença, distribuídas nos mais diversos pátios, fazendo lembrar uma grande horta. O hospital psiquiátrico passará a ter essa função de classificação e diagnóstico, mas não desprezará a função anterior de se tornar um lugar institucional, um lugar fechado onde o afrontamento irá ocorrer e o que interessa é a vitória e a submissão. Onde o médico é o mestre da loucura, ou seja, é o detentor do saber, único capaz de dizer a verdade sobre a doença respaldado pelo saber que possui, de fazê-la aparecer na sua verdade, quando essa se mostra silenciosa e escondida, de submetê-la ao campo da realidade, graças ao poder que possui de impor sua vontade perante o doente, e também o único capaz de fazê-la desaparecer, após, sabiamente, tê-la feito emergir. O psiquiatra, legitimado pela sociedade, se

torna o único capaz de falar, tratar, apaziguar e fazer desaparecer a loucura. E todas as técnicas e procedimentos aplicados nos hospitais do século XIX tinham como função contribuir para que isso acontecesse (Foucault, 1997).

Foi para constituir o médico enquanto mestre da loucura que o isolamento, os mais diversos tipos de interrogatórios, as entrevistas de cunho moral, a disciplina rigorosa, o trabalho forçado, os tratamentos-punições, as relações de vassalagem, servidão e posse, que submetia o doente à pessoa do médico, foram empregados. Logicamente que à medida que o tempo for passando a necessidade de produzir verdade sobre a loucura diminuirá, e o médico produtor de verdade desaparecerá numa estrutura de conhecimento já produzida. O que tornava o médico capaz de produzir verdade sobre a loucura no século XIX era o conhecimento científico que possuía, dito no mesmo nível do saber químico e biológico, sendo esse conhecimento seu principal fundamento para intervir e decidir sobre a doença (Foucault, 1997)

A criação e manutenção dos ‘Hospitais Gerais’ ou ‘casas de detenção’, na França e países vizinhos, no final do século XVII e no decorrer de todo século XVIII, representa o início do encarceramento não só da loucura, mas também de todo tipo de pobre e desviante encontrados na sociedade ocidental. Essas instituições ainda não tinham uma função terapêutica ou médica, sendo concebidas simplesmente como casas de trabalho forçado, produzindo nos detentos a principal virtude que uma pessoa poderia ter: o hábito do trabalho. A vontade de trabalhar passou a ser considerada uma virtude essencial a um cidadão de bem após o Renascimento e Reforma Protestante, influenciando diretamente no que ficou conhecido como Laborterapia, técnica desenvolvida no final do século XIX por Pinel e que tinha como objetivo a ressocialização dos internos recuperados, possibilitando-lhes seu lugar no mercado de trabalho (Pacheco, 2009; Harrocks & Jevtic, 2013).

O que controlava o fluxo de entrada e saída de pessoas nos Hospitais Gerais era a economia. Em outras palavras, quando a pobreza assolava a Europa e grande parte da população ficava ociosa, eles eram recolhidos às casas de detenção. Quando havia oferta de emprego ou quando a mão-de-obra se tornara onerosa, abriam-se as portas dessas instituições a quem pudesse suprir à necessidade do mercado. Isso significa que à época, além de serem instituições disciplinares e moralizadoras, estas também serviam como instrumentos de regulação da economia. Esse controle social da pobreza será outra herança a ser deixada para a psiquiatria e para os hospitais psiquiátricos que passarão a acumular essa função junto com a função terapêutica e moral a que se propunham (Pacheco, 2009).

Apesar de o liberalismo estimular a liberdade dos encarcerados vistos como mão-de-obra necessária para o desenvolvimento da indústria e do Estado, nas últimas décadas do século XVIII apenas os loucos voltaram a ocupar os Hospitais Gerais, isso porque estes representavam um perigo potencial à sociedade, demandando do Estado alguma medida de proteção social. Além disso, o fato das famílias estarem sujeitas a serem processadas para reparar algum dano provocado pelo louco à sociedade fizeram com que elas continuassem buscando o internamento do louco (Pacheco, 2009).

Com a mudança de regime político, da monarquia para a república, em alguns países da Europa, a soberania real é finalmente contestada e considerada arbitrária. Nesse novo cenário, a função do Estado é regular as relações sociais e econômicas através do direito, o que a princípio evitaria novas arbitrariedades. Diante desse contexto, a loucura passa a ser o contraponto para o tipo de inserção que se espera do cidadão nessa nova ordem política e econômica, facilitando com isso o surgimento de um estatuto diferente do contratual para a pessoa considerada louca, qual seja, o estatuto da tutela, que possibilitará o aprisionamento e a medicalização da loucura nessa nova sociedade contratual (Pacheco, 2009).

É nesse momento que o poder médico vem se unir ao Estado para legitimar através de construções teóricas o aprisionamento da loucura e garantir a ordem social e econômica, destituindo-lhe o direito à cidadania. Foi a partir daí que a loucura foi ganhando os contornos de irresponsabilidade, periculosidade, imprevisibilidade e improdutividade em oposição ao ideal de cidadão formulado pela Revolução Francesa e pelo liberalismo econômico baseado na racionalidade, individualidade e meritocracia (Pacheco, 2009)

No século XVIII, surge o conceito do diferente, aquele que não segue o padrão estipulado pela maioria, e que servirá de base para transformar a loucura em doença e o doente em pessoa que precisa de auxílio médico para se curar. É nesse contexto que surge a Psiquiatria, ciência que transforma a diferença em patologia, e que tem na pessoa de Philippe Pinel seu maior representante (Fortes, 2010), e em seu *“Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental ou Traité”* (citado por Pacheco, 2009, p.92), seu marco inicial (Pacheco, 2009).

Foi através de Philippe Pinel que a psiquiatria passou a ser reconhecida como especialidade médica, dando início à corrente alienista, que tinha como objetivo estudar a loucura para poder dominá-la. Em seu tratado, a loucura era vista como um comprometimento ou lesão fundamental do intelecto e da vontade, o que inevitavelmente se refletia nos sintomas e no comportamento do paciente. Foi Pinel quem libertou os loucos das correntes que os mantinham presos às suas celas e os deixou livres para caminhar nos pátios dos asilos. Foi ele quem inventou a “camisa-de-força”, cuja finalidade era conter os loucos mais agressivos, mas sem impossibilitá-los de caminhar pelos pátios conforme os outros doentes, pois acreditava que as caminhadas poderiam diminuir-lhes a confusão mental, além de possibilitar melhor observação dos sintomas da loucura (Pacheco, 2009).

Isso não significa que o hospital psiquiátrico se tornou o melhor lugar do mundo para o doente mental frequentar. Pinel (citado por Pacheco, 2009) criou o tratamento moral,

primeiro método terapêutico desenvolvido para a loucura na Era Moderna, inspirado no Iluminismo. Tal método acreditava na possibilidade de melhora do paciente e no resgate de sua cidadania através de uma “pedagogia da cidadania”, tendo como objetivo a reeducação dos costumes e dos valores a fim de transformar o comportamento desviante em algo próximo dos padrões éticos aceitáveis, combatendo, o que no seu ponto de vista, a espécie humana tinha de mais desagradável e vergonhoso. Ao conferir legitimidade científica à transformação dos asilos em hospitais psiquiátricos, Pinel os instituiu como único lugar social destinado ao louco na Era Moderna (Pacheco, 2009).

Esquirol (citado por Centro Cultural da Saúde, 2013) foi o sucessor mais famoso de Pinel (1745-1826) e como contribuição para a psiquiatria elaborou a teoria da monomania, que defendia a possibilidade da existência da loucura escondida sob o manto da normalidade. Isso significaria que a partir daquele momento qualquer pessoa considerada normal poderia inesperadamente ter um surto de fúria e se tornar um perigo para a sociedade. Dessa forma, acrescentou às outras representações sociais do louco o fator imprevisibilidade. Isso foi importante porque ampliou o escopo da psiquiatria a ponto de futuramente possibilitar que a psiquiatria trabalhe também de forma preventiva. Além dessa teoria, Esquirol (1772-1840) reforçou as ideias de Pinel elaborando o princípio do isolamento, cuja premissa estabelecia a necessidade do internamento do doente mental, mas, ao mesmo tempo, distinguia-se daquele ao recorrer a explicações organicistas para justificar os diversos quadros psiquiátricos (Pacheco, 2009). Esteve à frente na luta pela primeira lei de Alienados na França e seu trabalho influenciou diretamente a criação do Hospício de Pedro II, primeira instituição voltada à assistência aos doentes mentais no Brasil (Centro Cultural da Saúde, 2013).

A psiquiatria no Brasil influenciada pela sua matriz europeia participou da construção de dois fenômenos: a construção da identidade nacional, que culminará com a mudança do regime monárquico para o republicano, e a construção de uma nova representação social para

louco no país (Pacheco, 2009). Como se sabe, a saúde pública no Brasil, do período colonial a meados do século XIX, foi delegada ao campo da filantropia, ficando a cargo das Santas Casas de Misericórdia, permanecendo afastada dos critérios científicos e longe de qualquer política pública voltada para a assistência da população (Fortes, 2010; Pacheco, 2009).

Isso significa a existência de realidades distintas para tratar um mesmo fenômeno, pois, ao mesmo tempo em que os loucos mais agressivos eram recolhidos em aposentos, aprisionados nos fundos das casas, nos porões das santas casas e nas cadeias, concomitante a isso, existiam os loucos que já faziam parte do cenário social e eram aceitos com maior tolerância, tendo prestígio e despertando o riso e a compaixão entre a população, que, muitas vezes, espontaneamente, passava a se responsabilizar por eles (Pacheco, 2009).

Com a chegada da família real, em 1808, o Brasil, aos olhos do Iluminismo, passa por uma onda de modernização e nesse período surgem as primeiras faculdades de Medicina e de Direito do país. Aumenta-se o número de Santas Casas de Misericórdia responsáveis pela saúde da população e por servir de albergue para os pobres, órfãos, inválidos e loucos. Em decorrência da importância alcançada pela psiquiatria alienista na Europa, a situação dos loucos vagando pelas ruas começa a incomodar e a ser questionada por contrariar os ditames científicos da época (Pacheco, 2009).

A principal reivindicação da classe médica passa a ser a construção de um hospital especializado para o tratamento e estudo da loucura aos moldes do que a Psiquiatria francesa estabelecia, pois o modo como os loucos eram tratados nas Santas Casas desagradava à classe médica pela falta de condições mínimas de higiene, falta de conhecimento especializado e tratamento desumano conferido ao doente mental. Tamanha insatisfação culminou em 1830 com o primeiro protesto a favor de um tratamento mais humano ao sujeito considerado louco. Apesar dos maus-tratos ocorrerem de fato, aos olhos mais atentos, percebe-se que a preocupação maior da classe médica não era com a forma desumana de tratamento oferecida,

mas sim o medo de perder a oportunidade de utilizar destes argumentos para reivindicar a instalação da Psiquiatria no país (Pacheco, 2009).

De maneira semelhante ao que ocorre atualmente em relação aos dependentes químicos, especialmente com os usuários de crack, o apelo médico e a pressão popular para o recolhimento e isolamento dos inoportunos/as da época fez com que o Império construísse o hospício Pedro II que tinha como finalidade principal recolher e excluir o elemento perturbador da sociedade. A partir daí, esse modelo assistencial foi se desenvolvendo, ampliando e ganhando força por todo território nacional, replicando em solo brasileiro o modelo hospitalocêntrico europeu (Fortes, 2010; Pacheco, 2009).

Em 1841, em comemoração à sua maioridade (16 anos), D. Pedro II assina o decreto de fundação do Hospício Pedro II que em 1852 é inaugurado. Nos primeiros 30 anos de funcionamento, a instituição ainda permanece sob o comando da Santa Casa de Misericórdia que considerava apenas parcialmente o tratamento moral defendido por Pinel (1745-1826) e Esquirol (1772-1840) (Citado por Pacheco, 2009). Apesar da criação do hospício, a manutenção de algumas situações como a superlotação, a manutenção das freiras vicentinas administrando o tratamento dos doentes e subjugando os poucos médicos presentes, o fato do hospital não atender apenas à clientela para o qual foi construído e o fato de existirem muitos loucos vagando pelas ruas desagradavam aos médicos e contribuíram para que as denúncias e reivindicações continuassem ocorrendo, até que em 1881 um médico generalista assume a direção do Hospital Psiquiátrico, dando início ao processo de laicização no tratamento do doente mental no Brasil. Em 1886, Teixeira Brandão (citado por Pacheco, 2009) assume a direção do hospital, sendo um psiquiatra com formação europeia, coordenador da cadeira “Doenças Nervosas e Mentais”, recém-criada no curso de Medicina do Rio de Janeiro e um dos principais militantes das denúncias de maus-tratos infligidos aos doentes mentais no

período em que as freiras eram as principais responsáveis pelo tratamento ofertado (Pacheco, 2009).

A psiquiatria no final do século XIX e início do século XX ganha ainda mais força no Brasil influenciada pelas pesquisas de Lombroso que repercutiram no cenário nacional influenciando antropólogos como Nina Rodrigues, que passou a fazer correlações entre o negro, o mestiço e a predisposição à degeneração, ou seja, a predisposição à loucura pelo mau cruzamento entre as “raças”, contribuindo também para a construção no imaginário social da predisposição do negro à criminalidade. Por causa disso, a miscigenação do povo brasileiro passou a ser motivo de grande preocupação entre os cientistas e intelectuais da época e a psiquiatria foi ganhando cada vez mais espaço na construção de como deveria ser o verdadeiro brasileiro no imaginário social (Pacheco, 2009).

Após a Proclamação da República em 1889, a ciência como um todo, e especialmente a psiquiatria, passou a ser cada vez mais reconhecida pela sua capacidade de detectar, isolar e disciplinar moralmente as pessoas que causam desordem social, se tornando a principal responsável pela “saúde do corpo social” e pela construção de uma sociedade progressista. Um ano após a proclamação da República, o Hospício D. Pedro II passa a se chamar Hospital Nacional dos Alienados e fica sob a tutela do Estado, concluindo definitivamente seu processo de laicização (Pacheco, 2009).

Em 1923, é criada a liga de higiene mental no país, inspirada nos princípios da higiene mental criados por Clifford Beers, um ex-doente mental americano, que após sofrer vários maus-tratos em hospitais psiquiátricos passou por um processo de recuperação que o levou a acreditar daí em diante que toda doença mental poderia ser evitada ou mantida sob controle através do impedimento de fatores endógenos e exógenos que degradassem a mente humana no decorrer do seu desenvolvimento. Tal liga também adotou os princípios eugenistas

formulados por Galton (primo de Charles Darwin), que consistia no melhoramento das espécies através da seleção artificial (Pacheco, 2009; Tenório, 2002).

No caso da “raça” humana esse melhoramento poderia ser alcançado evitando-se o cruzamento entre “raças” inferiores. A liga de higiene mental tinha como primeira preocupação os doentes mentais, mas a necessidade de se trabalhar preventivamente com a população para evitar o aparecimento dos primeiros sintomas do que poderia ser futuramente diagnosticado como doença mental fez com que a liga expandisse sua atuação em direção a outros segmentos da população, contribuindo de forma proativa para a criação de preconceitos para com os negros, mestiços, pobres e imigrantes. Com a criação da liga de higiene mental muda-se a metodologia de tratamento, deixa-se de lado o tratamento moral e passa-se para a criação de diversos tratamentos somáticos e psicológicos inspirados nos ideais preventivos e eugênicos (Pacheco, 2009; Tenório, 2002).

As teorias psiquiátricas baseadas no racismo, na xenofobia e na inferioridade da população internada nos hospitais psiquiátricos possibilitaram a criação e profusão de inúmeras técnicas consideradas absurdas atualmente como a malarioterapia (inoculação do protozoário da malária para provocar crises febris no paciente com objetivo de amenizar seu transtorno mental), traumaterapia e banhos de imersão. Foi nesse período que a eletroconvulsoterapia (eletrochoque), choque insulínico (aplicação de insulina para melhora da esquizofrenia), choque cardiazólico (aplicação de cardiazol para provocar convulsões com o objetivo de melhorar os quadros psicóticos dos pacientes) e as lobotomias foram colocadas em prática nos hospitais psiquiátricos brasileiros e perduraram até a década de 80. É também com o surgimento da liga de higiene mental que o poder técnico foi sendo centralizado pelo médico e os profissionais da área de enfermagem foram perdendo sua autonomia profissional no âmbito do hospital psiquiátrico. E outros profissionais como psicólogos, pedagogos e

assistentes sociais foram chamados a compor o quadro dos higienizadores sociais (Pacheco, 2009).

A liga de higiene mental ganhou tanta importância que passou a fazer parte de uma comissão responsável pela censura do que era transmitido à população nos filmes brasileiros e estrangeiros. A liga interferiu também no campo religioso, patologizando a prática espírita Kardecista e as religiões afrodescendentes. Apesar de encontrar opositores ao longo do caminho, a liga influenciou de maneira direta na construção do imaginário social a respeito da loucura ao relacioná-la à incapacidade de convivência social e à periculosidade, assim como no modo como deveria ser tratada, respaldando cientificamente práticas de exclusão e estigmatização através da proliferação de hospitais psiquiátricos pelo país (Pacheco, 2009).

Mesmo após a dissolução da Liga Brasileira de Higiene Mental, a psiquiatria e os hospitais psiquiátricos continuaram sendo considerados como necessários para o bom funcionamento social e a loucura já se tornara um negócio altamente rentável. Foi durante a década de 1930 que a saúde mental começou a ser privatizada. Nesse período o Serviço de Assistência ao doente mental passou a ser incorporado ao Ministério da Saúde e Educação, recém criado no governo Vargas. Além disso, foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões e Assistência Médica que na década de 60 seriam unificados com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (Pacheco, 2009).

Com a onda de privatização que invade o país nesse período, a saúde mental também passa pelo mesmo processo, passando o governo a conciliar os interesses da população com os interesses dos empresários do setor, chegando a gastar 97% da verba destinada à saúde mental com internações psiquiátricas em clínicas e hospitais privados que prestavam serviço de péssima qualidade por não serem fiscalizadas, muito menos, punidas. As que fugiam à lógica manicomial tinham seus respectivos financiamentos dificultados (Pacheco, 2009).

Essa situação levou o sistema previdenciário ao colapso na década de 80, obrigando o Estado a conter os gastos com a iniciativa privada e voltar a implantar o orçamento destinado à saúde no setor público. É nesse período que alguns trabalhadores da saúde mental começam a se articular melhor para mostrar as mazelas do sistema manicomial e reivindicar mudanças, iniciando o processo de reforma psiquiátrica no Brasil (Pacheco, 2009).

1.2 - Surgimento dos movimentos sociais no combate à psiquiatria e ao modelo hospitalocêntrico.

A Reforma Psiquiátrica pode ser entendida como um movimento que procurou adotar “uma nova maneira de olhar, escutar e tratar a loucura” (Pacheco, 2009, p. 120) pautada pelos questionamentos e reelaborações da psiquiatria clássica e dos métodos utilizados no modelo manicomial, objetivando conferir cidadania ao doente mental e, ao mesmo tempo, devolver-lhe a autonomia (Pacheco, 2009; Tenório, 2002).

A necessidade de mão de obra para reconstrução dos países afetados na II Guerra Mundial e a necessidade de controle de gastos com internações consideradas cada vez mais ineficazes favoreceram o surgimento de vários movimentos na Europa que reivindicavam maior tolerância com os diferentes. A preocupação com os Direitos Humanos, a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), o surgimento dos psicotrópicos, da Psicanálise e Saúde Pública adentrando as instituições psiquiátricas também foram características desse período que repercutiram nos movimentos sociais na Europa e no Brasil, contribuindo para reformular o modelo de assistência ao doente mental (Pacheco, 2009).

Organizando a história da reforma psiquiátrica no mundo pode-se dizer que ela passou por três fases distintas: a primeira, caracterizada pela criação das Comunidades Terapêuticas (na Inglaterra e nos Estados Unidos) e pela Psicoterapia Institucional (na França); a segunda,

instituindo a Psiquiatria Preventiva nos Estados Unidos (EUA) e a Psicoterapia do Setor (na França); finalmente, a última, caracterizada pela Psiquiatria Basagliana e Antipsiquiatria, sendo que a Psiquiatria Basagliana foi o movimento que mais influenciou a reforma psiquiátrica brasileira. Enquanto as duas primeiras fases têm como foco mudanças institucionais e operacionais dentro do hospital psiquiátrico, a terceira luta para destituir o Hospital Psiquiátrico como único lugar social do louco e a psiquiatria como o único conhecimento capaz de conhecer e dominar a loucura humana (Basaglia, 1985; Pacheco, 2009).

Tanto as Comunidades Terapêuticas como a Psicoterapia institucional queriam apenas horizontalizar as relações dentro dos hospitais psiquiátricos, tornando-os mais democráticos à medida que conferiam a todos a possibilidade de participar das decisões. Isso significava também que todos eram responsabilizados pela melhora dos doentes que se encontravam dentro da instituição. Muitos entendem o surgimento desses movimentos como estratégias dos hospitais psiquiátricos, depois de muito tempo fechados, para conseguir permanecerem abertos diante das novas condições sociais e exigências humanitárias do pós-guerra. A crença de que, além do doente, a instituição também precisava ser tratada, era o que mais aproximava os dois movimentos; e a influência da Psicanálise sobre a Psicoterapia Institucional Francesa, o que mais os distinguia. Apesar dos avanços, essa fase não conseguiu acabar com a exclusão social do louco, justamente por não questionar o hospital psiquiátrico como o único lugar capaz de tratar a loucura (Pacheco, 2009).

A segunda fase (a Psicoterapia do Setor e a Psiquiatria Preventiva) se destinou a ampliar o espaço da psiquiatria para fora dos hospitais psiquiátricos, visando ações preventivas e de promoção de saúde. Muda-se o foco de doença mental para saúde mental, passando a atuar preventivamente na comunidade (Tenório, 2002). A Psicoterapia do Setor tinha como objetivo evitar a segregação do doente mental e para isso criou instituições

voltadas para prevenção e para o cuidado no pós-alta do hospital psiquiátrico, o que significa dizer que o entendia como lugar de passagem. Já a Psiquiatria Preventiva nos EUA sofreu grande influência dos princípios de higiene mental de Clifford Beers que possibilitaram às autoridades criar técnicas e meios de identificar potenciais doentes mentais na sociedade americana. A principal ação empreendida nos EUA nesse período foi a criação dos Centros Comunitários de Saúde Mental destinados a prestar atendimento de emergência e hospitalização 24 horas por dia. Embora defendesse a ideia que o doente mental fosse tratado na sua comunidade de origem, suas práticas não refletiam seus ideais, pois em situações de crise ainda recorriam aos Hospitais Psiquiátricos e ao isolamento do sujeito como única solução possível. Isso significa que esses Centros Comunitários não conseguiram atingir seus objetivos de se tornarem uma rede substitutiva de atenção ao doente mental, servindo mais como instrumento de detecção do estado para os possíveis casos de transtorno mental entre a população (Pacheco, 2009; Tenório, 2002).

A antipsiquiatria surgiu na Inglaterra na década de 1960 e foi constituída como uma antiespecialidade, como um campo do saber contrário ao modelo hospitalocêntrico e a lógica manicomial até então vigente. Foi nesse período que Franco Basaglia, principal expoente da psiquiatria democrática italiana, ficou conhecido ao propor intervenções a fim de superar o modelo asilar/carcerário nas cidades de Gorizia e Trieste, conseguindo implantar nesta última localidade uma rede diversificada de Serviços de Atenção Diária em Saúde Mental de base aberta e territorial que desde então passou a ser considerada marco da desospitalização. Essa experiência possibilitou a re-significação da laborterapia, outrora realizada em troca de cigarros ou outros privilégios, agora, passando a ter caráter profissionalizante e elevada a condição principal capaz de desenvolver a autonomia financeira do paciente. Outros fatores que contribuíram para desinstitucionalização foram: a aprovação, em 1977, de subsídios em forma de pensões e aposentadorias para os ex-pacientes; a construção de uma base territorial

para atendimentos dos ex-internos; a inauguração, também no ano 1977, do “apartamento 20”, servindo de modelo para o que ficou conhecido posteriormente pela comunidade como casas-apartamento; aproveitamento dos espaços do parque San Giovanni para a construção de casas-família, servindo como modelo para o que atualmente conhecemos como Serviços Residenciais Terapêuticos; criação do pronto-socorro psiquiátrico em hospitais gerais, destituindo de vez o manicômio como lugar de cuidar do doente nos momentos de crise e ao mesmo tempo integrando a saúde mental aos outros aspectos da saúde. E finalmente, em 1978, a aprovação da Lei 180, conhecida como lei Basaglia, servindo como importante marco jurídico internacional para a saúde mental e como referência para legislações de outros países, inclusive, para a nossa Lei 10.216/01 (Brasil, 2001a). A partir da promulgação da Lei Basaglia passa-se da “instituição negada” para a “instituição inventada” (Fortes, 2010; Pacheco, 2009).

Basaglia (1985) via a doença mental de forma diferente da maioria dos psiquiatras de sua época, pois no seu modo de ver, a ciência contribuía para que o doente mental fosse visto como resultado de uma alteração biológica mais ou menos indefinida, diante da qual nada se podia fazer a não ser aceitar inquestionavelmente sua diferença em relação à norma.

Afirmando que foi por causa da impotência da psiquiatria em lidar com o doente mental e necessariamente com seu corpo doente que as instituições psiquiátricas passaram a tutelá-lo, delegando à psiquiatria a tarefa de apenas definir, catalogar e gerir a doença mental (Basaglia, 1985).

No Brasil, a reforma psiquiátrica teve como marco a criação, no Rio de Janeiro, do Movimento Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental em 1978 (MTSM), enfocando questões tanto de cunho trabalhista e corporativista quanto de transformação da assistência psiquiátrica, denunciando o processo de psiquiatrização pelo qual a sociedade vinha passando assim como a privatização pela qual a saúde mental vinha sofrendo. Mais a frente, em 1987,

O MTSM se transformará no Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA), deixando de ser um movimento restrito apenas a profissionais da área de saúde mental para incorporar outros segmentos interessados na causa da saúde mental como, por exemplo, os usuários e seus familiares. Foi a partir de 1987 que a frase “Por uma sociedade sem manicômios” passou a ser o mote da luta pela Reforma Psiquiátrica e foi instituído o dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial com o objetivo de sensibilizar a sociedade civil para as mazelas ocorridas no interior dos hospitais psiquiátricos brasileiros. Esses movimentos surgiram com a mesma missão que os movimentos europeus: denunciar à sociedade as condições desumanas de vida e a falência ética e terapêutica das instituições psiquiátricas. Além disso, eles reivindicavam que o dinheiro público fosse reinvestido no setor público através do fomento de iniciativas de assistência alternativa ao hospital psiquiátrico como forma de combater a privatização da saúde mental que, em 1986, tinha 96% do seu orçamento destinado ao setor privado através de convênios estabelecidos com o Ministério da Saúde (Fortes, 2010; Pacheco, 2009; Tenório, 2002).

Outros fatores que contribuíram para que a luta pela reforma psiquiátrica ganhasse visibilidade no país foram: a promulgação da Constituição de 1988, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a intervenção e desconstrução do hospital Anchieta em Santos e, concomitante a isso, a criação da primeira rede substitutiva de atenção destinada ao doente mental no país ao moldes da experiência de Trieste, a apresentação do projeto de Lei 3.657/89 do Deputado Paulo Delgado (PT/MG) que pedia a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por redes de serviços de base territorial e comunitária, a atuação proativa do Conselho Federal de Psicologia frente às questões de violência aos Direitos Humanos do doente mental e as primeiras experiências bem sucedidas dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) criados no país, que surgiram inicialmente para compor uma rede de serviços intermediários entre o hospital psiquiátrico e a conquista da

plena cidadania, comprovando ser possível oferecer assistência ao doente mental fora do hospital psiquiátrico (Pacheco, 2009; Tenório, 2002).

1.3 - Princípios, conceitos centrais, marco legal e o que se propõe superar.

A substituição do saber/fazer da psiquiatria tradicional por um novo saber/fazer amparado em princípios ético-políticos voltados para a transformação do doente mental em cidadão é a marca característica da reforma psiquiátrica (Gonçalves & Sena, 2001). A reforma brasileira adotou o princípio da singularidade, do limite e da articulação (Lobosque citado por Pacheco, 2009); onde do primeiro resultaria expressões coletivas oriundas de uma diversidade de singularidades; do segundo, não apenas a internalização das normas sociais pelos doentes mentais, mas a possibilidade de se trabalhar com a sociedade para alargar seus próprios limites sociais, dando margem para um pouco de desrazão e respeito às diferenças; e do terceiro princípio, maior possibilidade de diálogo interdisciplinar no campo da saúde. Além disso, todas as experiências do país tinham como mola propulsora o desejo de transformar a sociedade em um lugar mais justo e igualitário, onde todos fossem respeitados, independente de suas diferenças (Pacheco, 2009).

Para que isso viesse acontecer era necessário que além das transformações técnicas, ocorressem transformações sociais e políticas a respeito de como a sociedade via o doente mental. Nesse sentido, a reforma passa a discutir o direito à cidadania dos “loucos”, tarefa nada fácil, haja vista a resistência oferecida pela ala conservadora da sociedade brasileira, que associava a figura do louco à periculosidade, imprevisibilidade e incapacidade para a vida social. Não bastasse essa resistência da parte conservadora da sociedade, falar em cidadania para o doente mental constituía na verdade um grande paradoxo jurídico, pois esse conceito nasce a partir do movimento Iluminista, no século XVIII, que associa razão e intencionalidade à capacidade de se tornar cidadão. Desta forma, rever a legislação que

considerava o doente mental como incapaz e, conseqüentemente, o submetia à tutela do Estado era tarefa mais complexa do que se imaginara inicialmente. Por isso mesmo exigiu uma dose maior de determinação dos trabalhadores da área de saúde mental assim como dos movimentos organizados pelos usuários e seus respectivos familiares para conseguir abarcar no conceito de cidadania um pouco de irracionalidade e de descabimento (Pacheco, 2009; Tenório, 2002).

A autonomia, considerada como a capacidade de gerenciar a própria vida está fortemente associada à cidadania e também foi outra bandeira levantada nas discussões organizadas pelos movimentos sociais ligados à saúde mental, reservando-se, no entanto, o direito de não superestimar ou subestimar a capacidade de cada doente mental de lidar com seu cotidiano (Pacheco, 2009).

Essas discussões que sucederam a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental resultaram na aprovação, em sete estados e no Distrito Federal, de leis que garantissem a substituição do modelo hospitalocêntrico por outros tipos de serviços alternativos antes mesmo da aprovação de uma Lei Federal relacionada ao assunto (Tenório, 2002). A mobilização social também ajudou a pressionar o Congresso Nacional a aprovar a Lei Federal 10.216 (Brasil, 2001a) considerada marco legal da reforma psiquiátrica brasileira por confirmar em seus artigos os princípios da luta antimanicomial baseados na importância da proteção dos direitos humanos e da cidadania das pessoas com transtornos mentais; por considerar a necessidade de construir redes de serviços que substituíssem o modelo hospitalocêntrico a fim de romper a lógica das internações de longa duração, que isolava o doente mental e os mantinham afastados da família e da sociedade em geral e; por fim, por considerar a pactuação de ações por parte dos diferentes atores sociais para conferir cidadania a quem há tempos vinha sofrendo um processo de exclusão social (Fortes, 2010; Pacheco, 2009).

Um conceito que está diretamente relacionado à reforma psiquiátrica é a reabilitação psicossocial e sua conseqüente reinserção social. A reabilitação psicossocial pode ser representada por um conjunto de programas e serviços que tem como finalidade facilitar a vida das pessoas com problemas severos e duradouros, visando restaurar a autonomia do sujeito perante a comunidade, enfatizando suas potencialidades e oferecendo suporte vocacional, residencial, social, recreativo e educacional, ajustados a necessidade de cada sujeito e situação apresentada (Pitta, 2001). No entanto, reabilitar não significa adaptar o sujeito a um padrão de normalidade, mas envolve reintegrá-lo a si próprio e à sua comunidade, proporcionando-lhe um sentimento de estar no mundo (Gonçalves & Sena, 2001).

Reabilitação psicossocial pode ser entendida como uma estratégia de tratamento para pessoas socialmente vulneráveis baseada na vontade política de proporcionar maior autonomia, trocas sociais, garantia de direitos e poder de escolha para os usuários do sistema de saúde através da superação das barreiras que outrora as impediam de se tornarem o que eram ou gostariam de ser (Pinho & cols., 2009).

Com a Lei da Reforma Psiquiátrica, tanto as pessoas com transtornos mentais como os usuários de álcool e outras drogas passaram a ser assistidos através de serviços instalados, levando-se em consideração o conceito de territorialidade (Pinho & cols., 2009), que não se restringe apenas ao aspecto físico de onde o usuário mora e é assistido, mas considera também as referências socioculturais e econômicas da região, entendendo que elas fazem parte do seu cotidiano e conseqüentemente influenciarão nos seus projetos de vida e na sua inserção social. O conceito de territorialidade está diretamente relacionado a territórios subjetivos (Tenório, 2002).

A reabilitação psicossocial pode ser entendida como a oferta de todas as possibilidades de tratamento que estejam disponíveis, visando chegar onde o paciente desejar,

e não onde a equipe previamente estabeleceu como ideal. Para que a reabilitação ocorra é necessário oferecer tratamento contínuo, já que uma coisa é indissociável da outra (Pitta, 2001).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) fornecerá alguns princípios que servirão de apoio para as transformações exigidas pela reforma psiquiátrica tais como universalização da saúde; descentralização da assistência, passando a privilegiar a gestão municipal; integralidade da assistência, que através de um trabalho intersetorial oferecerá à população os diversos níveis de atenção à doença; e controle social tripartite, ou seja, nível federal, estadual e municipal controlando os gastos financeiros e a organização dos serviços oferecidos (Pacheco, 2009).

Para citar apenas um exemplo, pode-se dizer que tanto o modelo psicossocial quanto o Programa Saúde da Família são orientados pelos mesmos princípios: integralidade da atenção, participação social, ampliação do conceito saúde-doença, interdisciplinaridade no cuidado e territorialização das ações. Além de terem os mesmos princípios norteadores e a superação do modelo hospitalocêntrico como forma de organização, muitas vezes, ambos os serviços, no intuito de oferecer maiores possibilidades de assistência à saúde da população, trabalham de maneira articulada. Um tem no CAPS sua locomotiva; o outro, o cuidado com a família, mas isso não impediu que um diálogo interdisciplinar entre os programas se estabelecesse (Nunes, Jucá & Valentim, 2007).

Alguns setores da sociedade temiam a Reforma Psiquiátrica e, conseqüentemente, o fechamento dos hospitais psiquiátricos porque acreditavam que o governo estava se eximido da responsabilidade de oferecer assistência aos portadores de doença mental, delegando-os pura e simplesmente às suas famílias de origem ou acreditavam que os loucos ficariam soltos pelas ruas sem nenhum tipo de tratamento substitutivo, colocando em risco a segurança da população e a ordem social (Pacheco, 2009; Gonçalves & Sena, 2001) Observa-se

posicionamento semelhante em relação aos usuários de drogas. E assim como a informação foi importante para desconstruir a representação social da loucura e ampliar na população a consciência de outras possibilidades de tratamento, o mesmo deve ser feito pelos profissionais de saúde mental em relação às drogas e seus usuários, mostrando à população que o asilamento nem sempre é o melhor tratamento, muito menos garantia de sucesso e mais segurança para a sociedade.

Foi partindo das deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001, da publicação de uma série de portarias, que o próprio ministério emitiu para tentar regulamentar a assistência psiquiátrica no país, e da recém-aprovada Lei 10. 216/01 que a política atualmente implantada pelo Ministério da Saúde para o setor foi ganhando cada vez mais vigor no redirecionamento da assistência psiquiátrica no país, ou seja, na superação da lógica manicomial. Essa política pode ser caracterizada principalmente pela criação de leitos psiquiátricos nos hospitais gerais em contrapartida a diminuição gradativa dos existentes nos hospitais psiquiátricos; incorporação da Saúde Mental às Políticas de Atenção Básica à Saúde; vinculação das Políticas Antidrogas à Política de Saúde Mental (2004); expansão do número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviços Residenciais Terapêuticos – (SRTs) e, por fim, a criação de programas, a exemplo do Programa de Volta pra Casa, que garantam a reinserção social do usuário através da autonomia financeira (Brasil, 2001a; Pacheco, 2009).

Diante do que foi exposto corremos o risco de repetir com os usuários de drogas as mesmas práticas discriminatórias e coercitivas cometidas com os loucos tempos atrás. A forma como os usuários de drogas vêm sendo tratados pela mídia e pela sociedade de modo geral revela a necessidade que esta última tem de estar sempre procurando responsáveis por suas mazelas e contradições, sem se dar conta que muitas delas são geradas pelo próprio modelo político-econômico adotado por ela: racionalismo, que exclui qualquer espécie de

descabimento da razão; e liberalismo voraz, que exclui e segrega quem não se encaixa como força de trabalho.

As representações sociais de periculosidade, imprevisibilidade e incapacidade do sujeito acometido pela loucura e as vitórias alcançadas pela Lei de Reforma Psiquiátrica na transformação destas concepções e no oferecimento de serviços de base territorial (em que a inserção do indivíduo em sua comunidade é utilizada como recurso terapêutico) também podem ser estendidas aos usuários de álcool e outras drogas, já que desde 2002 a política antidroga está diretamente vinculada à política de saúde mental do país (Brasil, 2001a; Pacheco, 2009).

Só diante da consciência da importância das conquistas alcançadas pela reforma psiquiátrica é que se pode lutar por uma política pública sobre drogas que esteja de acordo com os direitos garantidos pela lei 10.216/01. Lendo o projeto inicial do Dep. Osmar Terra e confrontando com a redação final aprovada pela Câmara Federal, percebe-se que apesar de parecer ter havido avanços na garantia de direitos aos usuários de drogas a forma encontrada para ofertá-los não parece ser a mais adequada e ética, uma vez que mantém o modelo proibicionista e perpetua práticas discriminatórias e preconceituosas em relação aos usuários de drogas, que ainda permanecem associados à representação social de criminoso ou doente, o que reduz as inúmeras possibilidades que o sujeito tem de se relacionar com as drogas. A redação final do projeto de lei esconde pontos nebulosos, principalmente em relação à internação involuntária e às comunidades terapêuticas, que não possibilitam a quem o analisa afirmar, com certeza, se essas práticas e modelos de tratamento ainda não continuarão sendo utilizadas como instrumentos de higienismo social para com o usuário de drogas. Tais práticas se não forem utilizadas como recursos excepcionais poderão, sim, violar direitos e princípios que a nossa reforma psiquiátrica assegurou às pessoas portadoras de transtornos mentais como, por exemplo, “ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; e

ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental” (Brasil, 2001a; Câmara Federal, 2013; Conselho Federal de Psicologia, 2013a; Terra, 2010).

Se práticas que estão asseguradas na Lei para serem excepcionais vierem a ser utilizados corriqueiramente, se estará apenas cumprindo a tarefa de adaptar os indivíduos a sua condição de objetos de violência, fazendo com que eles acreditem que por terem rejeitado todas as modalidades de adaptação que lhes foram oferecidas antes, só lhes restaram a condição de servirem como objetos de violência (Basaglia, 1985).

É sobre como os usuários de drogas vêm sendo tratados historicamente pela legislação brasileira e que tipos de políticas públicas específicas foram desenvolvidas até o momento, que tratará o próximo capítulo.

Capítulo II

Drogas, Reforma Psiquiátrica e Políticas Públicas

2.1 - Histórico das Legislações e Políticas Públicas Adotadas pelo Brasil e suas Diferentes Concepções sobre o Usuário de Drogas (Criminalização do Usuário x Questão de Saúde Pública)

As políticas públicas podem ser entendidas como compromissos públicos e estratégias de ação coletiva a nível federal, estadual e municipal voltadas a atender determinadas demandas sociais nas mais diversas áreas a fim de assegurar direitos sociais à população.

Influenciam diretamente na construção de uma sociedade mais justa e democrática, repercutindo em seus aspectos culturais, legais, econômicos e morais. Apesar de a execução das políticas públicas estarem sob a responsabilidade do poder executivo, sua elaboração envolve uma gama de atores e diferentes níveis de decisão, partindo sempre da identificação dos problemas enfrentados pela população e as possíveis alternativas para sua resolução (Santos & Oliveira, 2013).

O crescimento da circulação e uso de substâncias psicoativas começaram a chamar mais atenção dos Estados Modernos a partir do início do século XX, muito em decorrência delas estarem se tornando um problema de saúde pública global devido à gravidade de seus efeitos sobre o corpo biológico e social e da possibilidade de dependência associada ao seu uso contínuo. O isolamento de princípios ativos de substâncias psicotrópicas e sua consequente industrialização no início do século XIX, acrescido do aumento do consumo nas mais variadas classes sociais e as peculiaridades do contexto socioeconômico brasileiro marcado pela intensa urbanização, aumento da pobreza e desigualdade social, fizeram eclodir no país uma demanda social por respostas governamentais no enfrentamento da questão (Santos & Oliveira, 2013).

Inicialmente, ao tratar sobre álcool e drogas, os Estados modernos basearam suas políticas públicas em dispositivos que privilegiavam a criminalização de quem vendia e consumia, ou a medicalização de quem estava em situação de abuso, o que era feito através da internação compulsória respaldada pelo discurso psiquiátrico. Situação que parece ter se perpetuado até os dias de hoje. A postura repressiva inicial do Estado Brasileiro frente às drogas guarda estreita relação com as ações e posicionamento proibicionista adotados pelos Estados Unidos em relação à crescente industrialização de bebidas alcoólicas que ocorria naquele país, sendo a influencia protestante determinante para que isso se configurasse. A experiência americana não serviu de modelo apenas para o Brasil, mas para uma diversidade de países ao redor do mundo, desencadeando eventos como os realizados em Xangai, em 1909 e 1911; e as conferências de Haia, em 1912 e 1914, que tiveram como propósito discutir a respeito da questão do ópio (Conselho Federal de Psicologia, 2013a; Santos & Oliveira, 2013).

Preocupados com o alto índice de consumo do ópio e as possíveis consequências para a saúde dos usuários, alguns países se reuniram no começo do século XX, mais precisamente em 1909, para discutir pela primeira vez a questão das drogas na Comissão do Ópio de Xangai. Antes disso, o ópio vinha sendo utilizado, principalmente pelos ingleses, como forma de pagamento por produtos já que havia falta de prata no comércio desde 1880. Nesse período, o ópio era comprado preferencialmente na Índia e comercializado na China e passou a representar um sexto dos recursos dos ingleses no exterior. Após a Comissão de Xangai, o controle sobre drogas aumentou, principalmente após a 1ª Guerra Mundial, quando sua coordenação ficou a cargo da Liga das Nações (UNODC, 2013).

Com a finalidade de acompanhar os avanços na diversificação das drogas e sua capacidade de sintetização no decorrer do século passado e para dar prosseguimento às estratégias de controle iniciadas no começo do século passado, alguns países, agora sob a

orientação das Nações Unidas, assinaram três convenções que atualmente ainda servem de base legal para os países signatários, inclusive o Brasil, implementarem políticas nacionais voltadas ao assunto. São elas: Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961 (emendada em 1972); Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas realizada em 1971 e Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas de 1988. Estas três convenções se complementam, sendo que as duas primeiras privilegiaram a sistematização das medidas de controle internacional a fim de assegurar apenas para uso médico e científico a disponibilidade de narcóticos e substâncias psicotrópicas e, ao mesmo tempo, prevenir a distribuição ilícita, estabelecendo medidas gerais contra o tráfico e o abuso de drogas. Já a convenção de 1988 forneceu medidas ainda mais abrangentes para combater o tráfico de drogas, a ponto de propor métodos contra a lavagem de dinheiro, maior controle de precursores químicos e informações para estimular maior cooperação internacional entre os países signatários através das áreas de extradição de traficante, seu transporte e de como realizar esse traslado (UNODC, 2013).

Além dessas convenções, ocorreu também nos dias 8 e 10 de junho de 1998, em Nova York, a XX Sessão Especial da Assembleia Geral da ONU, que teve como mote o problema mundial das drogas. Desse encontro surgiu, marcando uma nova agenda internacional para o tema, “Uma declaração política, uma declaração sobre os princípios orientadores da redução da demanda por drogas e uma resolução com medidas para reforçar a cooperação internacional” (UNODC, 2013). A declaração política aprovada durante esse encontro pelos países que compunham a ONU teve como objetivo fazer com que os Estados-membros se comprometessem a reduzir tanto a oferta quanto a demanda por drogas até 2008. Em 2009, de acordo com a Comissão de Narcóticos das Nações Unidas, após avaliação feita dos dez anos anteriores, foi possível averiguar que avanços foram feitos durante esse período, mas que em algumas áreas e regiões as metas e os objetivos estipulados pela declaração não foram

atingidos conforme haviam sido previamente estabelecidos. No entanto a Comissão das Nações Unidas, mesmo verificando essas dificuldades, considerou que estava havendo uma estabilização da produção, do tráfico e do consumo de drogas ao redor do mundo. Ao se encontrarem em reunião de revisão da referida declaração, os países decidiram renovar o que tinham estabelecido na reunião de 1988 e, para isso, lançaram como meta minimizar ou até mesmo eliminar a oferta e a demanda de drogas ilícitas até o ano 2019 (UNODC, 2013).

Apesar de o Brasil ter um histórico de mais de 500 anos, possuir uma vasta rede de normas jurídicas e sociais, o histórico de políticas públicas voltadas ao controle de drogas é algo mais recente. Antes da segunda década do século XX, as drogas eram toleradas pelo governo porque eram utilizadas apenas pelos filhos da elite da República Velha, jovens das classes média e alta da sociedade, que as utilizavam nos prostíbulos das cidades. Só passou a incomodar o governo quando alguns tipos de drogas (álcool e maconha) se espalhou pelas ruas entre os pardos, negros, imigrantes e pobres, considerados os segmentos mais perigosos da população e quando os legisladores começaram a perceber que deveriam fazer alguma coisa para proteger a juventude rica, considerada verdadeiro patrimônio nacional, de se dilapidar com o consumo das drogas “elegantes”, também conhecidas por “drogas de salão”. Após a proliferação do uso entre as outras camadas sociais, de ter sido invadido por uma onda de tóxicos em 1914 de ter se comprometido internacionalmente em reprimir as drogas em território nacional, o Brasil, através do decreto 4.294, de 06 de julho de 1921, regulamentado pelo decreto 14.969, de 03 de setembro de 1921, modificou, influenciado pela Convenção de Haia, seu código penal de 1890, aumentando o valor da multa para quem vendesse, expusesse ou ministrasse substância “venenosa” e para os casos em que essa substância tivesse qualidade entorpecente como o ópio e seus derivados e cocaína e seus derivados propôs pena de prisão celular de um a quatro anos, com exceção dos casos autorizados por lei (prescrição médica) e que respeitasse as formalidades prescritas nos

regulamentos sanitários. Esse mesmo decreto, no seu artigo 3º, previa a internação de 03 meses a 01 ano para as pessoas que embriagadas representassem perigo a si mesmo ou aos demais assim como perturbasse a ordem pública. Criou estabelecimento especial (sanatório) com tratamento médico e regime de trabalho, dividido em duas seções: uma voltada para a internação compulsória de usuários que infringissem o artigo 3º ou fossem considerados possuidores de moléstia mental em decorrência do abuso de bebida ou de substância inebriante ou entorpecente; e outra, destinada para internação dos usuários que solicitassem perante o juiz, mediante comprovação médica, a necessidade de tratamento adequado ou a que fosse realizada a pedido da família, com tanto que nesse último caso ficasse evidente a urgência da internação para a prevenção do cometimento de futuros crimes e da completa perdição moral do sujeito (Brasil, 1921a/1921b; Conselho Federal de Psicologia, 2009/2013a; Machado & Miranda, 2007; Santos, 2010).

O Código Penal Brasileiro Republicano de 1890 foi o primeiro a incriminar a venda e a manipulação de substâncias venenosas em seu artigo 159, aplicando apenas multa a quem fosse flagrado praticando tal crime. Como o Código Penal apresentava vários defeitos e muitas leis penais extravagantes acabaram sendo editadas, resultando na dificuldade de consulta à legislação penal; em 1932, foi aprovado o decreto que tratava da Consolidação das Leis Penais, que instituiu também em seu art. 159 o delito de tráfico ilícito de entorpecentes, aplicando pena de prisão celular de um a cinco anos, além de multa a quem cometesse tal delito. Esse mesmo artigo, diferente dos dispositivos anteriores, fazia distinção entre tráfico ilícito de entorpecentes e ter em depósito ou sob sua guarda substância considerada tóxica, estabelecendo para esta última conduta, em seu parágrafo único, a penalidade de prisão celular por 03 a 09 meses e multa (Avelino, 2010). Embora não com a mesma abrangência, já havia registro de lei proibicionista em 1830 de autoria da Câmara Municipal do Rio de

Janeiro que aplicava penalidade de multa a quem vendia e pena de prisão de três dias aos escravos e demais pessoas que consumissem a maconha (Santos & Oliveira, 2013).

No início do século XX, o consumo de bebida alcoólica era freqüente, mas era tolerado pelo governo e pela sociedade, mas isso não impediu que sociedades de caráter privado como a liga Antialcoólica de São Paulo, a liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária, a liga Brasileira de Higiene Mental e a União Brasileira Pró-Temperança surgissem para promover a educação contra o álcool e ao mesmo tempo oferecer as primeiras medidas assistenciais aos alcoolistas. Essas associações eram dirigidas por psiquiatras e membros da elite da classe médica e defendiam concepções moralistas e higienistas; agindo sobre o indivíduo, através do fortalecimento afetivo, intelectual e moral; e sobre a sociedade, combatendo as causas determinantes das perturbações psíquicas. Os psiquiatras e médicos legistas foram os principais responsáveis por pressionar o Estado no controle penal das drogas (Machado & Miranda, 2007; Santos & Oliveira, 2013).

O Decreto-Lei 891, elaborado na Era Vargas, no ano de 1938, ainda vigente em nosso ordenamento jurídico e muitas vezes utilizado para subsidiar decisões judiciais sobre internações compulsórias prevê, no caput do art. 33, pena de prisão celular de um a cinco anos e multa para quem praticasse comércio ilegal de entorpecente, além de possuir três parágrafos descrevendo os agravantes que poderiam elevar ainda mais a pena e multa aplicadas a quem cometia tal prática. Nesse decreto, o usuário de drogas era concebido sob duas perspectivas: ou como criminoso, sujeito à pena de prisão (de um a quatro anos) e multa; ou como toxicômano, sujeito a tratamento, regulamentando tanto a internação facultativa quanto a internação obrigatória dos dependentes de álcool e de outras drogas ilícitas, amparando tanto as internações por tempo determinado quanto as por tempo indeterminado, sempre levando em consideração a “necessidade do enfermo” ou da ordem pública e proibindo o tratamento domiciliar nesses casos. Além da internação para simples

tratamento, o Decreto-Lei regulamenta também como se daria a interdição civil plena ou limitada nos casos em que fossem necessárias. Ainda delega à autoridade policial a possibilidade de internação obrigatória de caráter emergencial baseada em laudo confeccionado por dois médicos idôneos, estando obrigada a autoridade policial a instaurar o processo judicial no prazo máximo de cinco dias, contados a partir da internação. Exigia que após a concessão de alta ao toxicômano, a autoridade sanitária fosse informada, estando esta obrigada a comunicar reservadamente o fato à autoridade policial, para efeito de vigilância do usuário (Brasil, 1938; Dalsenter & Timi, 2012).

Inspirada na Constituição Polonesa de 1935, a Constituição outorgada em 1937 rompe com a tradição liberal das outras Cartas Magnas anteriores e um novo Código Penal, que ainda encontra-se vigente, passa a vigorar a partir de 1º de janeiro de 1942, conforme determinação do art. 361 do Decreto-Lei nº 2.848/40. Esse Decreto-Lei, que traz o texto do Código Penal, estabelece no capítulo referente aos crimes contra a saúde pública, em seu art. 281, posteriormente revogado pela Lei nº 6.368/76, pena de reclusão, de um a cinco anos; e multa, de dois a dez contos de réis, a quem praticasse as condutas tipificadas como comércio clandestino ou facilitação de uso de entorpecentes (Avelino, 2010; Brasil, 1940; 1976).

O Código Penal de 1940 define também como medida de segurança em seu art. 96, inc. I, “a internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em estabelecimento adequado”; e no inc. II, “sujeição a tratamento ambulatorial”, sendo que o art. 97 delega ao juiz, nos casos em que o agente seja considerado inimputável, o poder para determinar sua internação, ressalvando a hipótese de conduta criminal punida com detenção, para a qual haveria a possibilidade de tratamento ambulatorial. Nesse mesmo artigo, em parágrafos distintos, é possível saber que a internação ou tratamento ambulatorial será por tempo indeterminado até que fique constatado, através de perícia médica, a cessação da periculosidade do agente. Estabelecendo prazo mínimo de um a três anos para a manutenção

desses recursos de atenção e permitindo, a partir desse prazo, a realização de uma nova perícia médica para averiguar a cessação de periculosidade, que poderia ser realizada anualmente em caráter obrigatório ou a cargo da vontade do juiz da execução. Constata-se também que se o agente incorrer em fato antes de completar um ano de sua liberação ou desinternação que o denuncie como uma pessoa perigosa caberá o reestabelecimento da medida de segurança. Que é prerrogativa do juiz, independente da fase ambulatorial a qual o agente se encontre, determinar a internação do agente, se entender que esse recurso é o único meio capaz de levar o agente à “cura”. Através do art. 98, compreende-se que é possível ao semi-inimputável (art. 26, parág. único), condenado à pena privativa de liberdade (penas de reclusão ou detenção), substituir, caso necessite de “tratamento curativo”, a pena por qualquer uma das duas medidas de segurança previstas nos incisos do art. 96, sujeitando-o ao período mínimo estabelecido: um a três anos (Brasil, 1940).

É importante mencionar que o Código Penal Brasileiro admite tanto a inimputabilidade absoluta quanto à relativa, considerando como absolutamente inimputáveis apenas o menor de idade (art. 27) e o agente que “por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (art. 26). Ao mesmo tempo, admite redução de pena de um a dois terços ao agente considerado relativamente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se segundo esse entendimento em decorrência do agente apresentar “perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado” (art. 26, parágrafo único). No entanto, para se chegar a uma conclusão a respeito de o agente ser inimputável ou semi-imputável é preciso analisar cada caso em particular. Esclarece que “a embriaguez” voluntária, tanto a dolosa (quando a pessoa teve a intenção de embriagar-se) quanto à culposa (quando embriagou-se por imoderação ou imprudência), provocada pelo álcool ou substância

de efeitos análogos” não torna ninguém inimputável, mas ao mesmo tempo considera que se a “embriaguez” completa for provocada por motivo de força maior (quando a pessoa foi obrigada a consumir a substância) ou caso fortuito (quando desconhece que determinada substância é capaz de produzir a embriaguez) a ponto de deixar o agente absolutamente incapaz de entender o caráter ilícito ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, este ficará isento de pena; do contrário, caso se constate que no tempo da ação ou omissão o agente encontrava-se relativamente incapaz, caberá a redução de um a dois terços da pena (Brasil, 1940).

O que muita gente desconhece é que apresentar-se publicamente embriagado a ponto de provocar escândalo ou por em perigo a sua segurança e a de terceiros ainda é considerado contravenção penal de acordo com o artigo 62 da Lei de Contravenção Penal (LCP), podendo resultar em prisão simples (regime aberto e semiaberto), pelo período de quinze dias a três meses, ou multa. Também incorre em contravenção penal, o sujeito que serve bebida alcoólica a quem já se encontra embriagado ou a quem, sabidamente conhecido pelo agente, tem problema nas faculdades mentais e está impossibilitado judicialmente de frequentar lugares que disponibilizam a venda de bebida alcoólica, sujeitando o infrator à prisão simples, pelo período de dois meses a um ano, ou multa (Brasil, 1941a).

Apesar de criado em 1953, o Ministério da Saúde por um longo tempo não se preocupou em intervir no consumo abusivo de drogas, priorizando sua atuação na vigilância sanitária e no controle das epidemias que surgiam no país. A explicação para esse desinteresse por parte do Ministério da Saúde está no fato de que na década de 1950 as drogas ainda não tinham o mesmo peso econômico e político da atualidade nem mesmo havia atingido um grau tão elevado de consumo entre a população (Santos & Oliveira, 2013).

Por ter sido signatário de convenções internacionais como as de Nova Iorque (1961) e de Viena (1971, 1988), que reafirmaram o caráter repressivo das diretrizes estabelecidas pela

Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização das Nações Unidas (ONU) relacionadas ao uso e tráfico de drogas, o Brasil, assim como os demais signatários, passou a participar da guerra internacional contra as drogas e criou, em 1971, a Lei 5.726, que dispunha sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinassem dependência física ou psíquica. Esta lei chama atenção por inserir no capítulo da prevenção uma série de medidas autoritárias, embora as nomeie como medidas preventivas. Entendia a repressão à produção não autorizada como uma medida preventiva, isso aconteceu tanto nesta lei quanto na legislação posterior, a Lei nº 6.368/76. Depois disso, passaram a ser vistas como coisas diferentes, embora na Lei nº 10.409/02 ainda tenham permanecido sob o mesmo capítulo e mesma seção. O capítulo que trata sobre prevenção na Lei nº 5.726/71 inicia conferindo a todos, pessoas físicas e jurídicas, a obrigação de colaborar no combate ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e ainda faz questão de mencionar que as pessoas jurídicas que não colaborassem nos planos e programas do Governo Federal para essa finalidade perderiam os benefícios que porventura viessem recebendo da União, dos Estados, do Distrito Federal, Territórios e Municípios, bem como de outros órgãos ligados ao setor público. Esse texto inicial encontrado na legislação de 1971 permanecerá presente mesmo depois do fim da ditadura, com poucas variações, em quase todas as legislações a respeito de drogas, exceto na legislação 11.343/06. A legislação nº 10.409/02 apesar de ter mantido o texto ao menos criou estímulos para pessoas físicas e jurídicas que colaborassem na prevenção da produção, do tráfico e do uso de drogas ilícitas (Santos & Oliveira, 2013; Brasil, 1971/1976/2002a/2006).

A Lei nº 5.726/71 conferiu maior importância à educação e conscientização da população, especialmente dos jovens, a ponto de assegurar a obrigação de execução de planos nacionais e regionais voltados ao esclarecimento dos malefícios do uso indevido de

substâncias entorpecentes ou de qualquer outra substância que resultasse em dependência física e psíquica assim como da eliminação de suas causas. Exigiu dos Estados, Distrito Federal e Territórios a organização, no início de cada ano letivo, de cursos voltados a educadores de estabelecimentos de ensino com o objetivo de prepará-los para o combate ao tráfico e ao uso indevido dessas substâncias em âmbito escolar. Estabeleceu para as escolas de 1º e 2º graus, assim como para as de nível superior, a obrigação de realização de conferências a respeito dos malefícios causados pelas drogas lícitas e ilícitas, tornando a frequência obrigatória para os alunos e facultativa para os pais. Concedeu plenos poderes aos diretores das escolas para adotarem todas as medidas que achassem necessárias para prevenir o tráfico e o uso dessas substâncias no ambiente escolar, mas em contrapartida, estes ficariam sujeitos à perda do cargo caso não denunciasses às autoridades sanitárias a respeito dos casos de uso e tráfico de drogas que estivessem ocorrendo dentro da escola. Estendendo a mesma responsabilidade dos diretores às autoridades sanitárias que recebessem as denúncias. Disciplinava que o aluno encontrado portando substância entorpecente ou afim, fosse para consumo próprio, fosse com o objetivo de traficar ou, até mesmo, fosse pego induzindo alguém a utilizá-la, além das sanções legais, teria sua matrícula trancada no ano letivo (Avelino, 2010; Brasil, 1971).

Essa legislação nº 5.726 de 1971 modificou o artigo 281, e subseqüentes parágrafos, inscritos no Código Penal de 1940, estabelecendo, entre outras medidas, que o usuário de drogas estava sujeito a pena de reclusão de 1 a 6 anos e multa de 50 a 100 vezes o maior salário mínimo vigente no país. No entanto, caso o infrator, por causa do vício, fosse considerado pelo juiz incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, caberia a absolvição e conseqüentemente a sujeição à internação psiquiátrica para fins de recuperação por quanto tempo fosse necessária. Se o criminoso por causa do vício fosse considerado relativamente incapaz de entender o caráter

ilícito de sua conduta ou de se autodeterminar, sua pena poderia ser atenuada ou substituída por internação psiquiátrica enquanto fosse necessária a sua recuperação (Brasil, 1971).

A Lei 6.368/76 veio substituir a Lei 5.726/71, trazendo inovações na área de prevenção como a criação do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes que passou a ser implantado somente após a publicação do decreto nº 85.110/80, tendo como órgão central o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN). Além disso, essa Lei possibilitou a criação de centros especializados na rede pública de saúde dos Estados, Distrito Federal e Territórios para atenderem os dependentes de drogas lícitas e ilícitas, exigindo adaptações da rede já existente, através da criação de unidades para este fim enquanto os centros de tratamento não fossem criados. Ampliou a possibilidade de ação junto aos dependentes de entorpecentes ou de substâncias que determinem dependência física ou psíquica, não os encarando mais como criminosos, garantindo tratamento extra-hospitalar aos casos menos graves, restringindo o tratamento sob regime de internação hospitalar somente aos casos mais graves. Assegurou ao dependente de drogas que cometesse qualquer infração do código penal e fosse condenado com pena privativa de liberdade ou medida de segurança, tratamento em ambulatório interno do sistema penitenciário onde estivesse cumprindo a determinação judicial. Atribuiu responsabilidades de prevenir o tráfico e o uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinasse dependência física e psíquica aos dirigentes “de estabelecimentos de ensinos, de hospitais, entidades sociais, culturais, recreativas, esportivas ou beneficentes” (art. 4º), tanto em seu interior quanto nas imediações, sempre “de comum acordo e sob orientação técnica das autoridades especializadas” (art. 4º). E a desobediência pelos dirigentes dessa responsabilidade resultava em responsabilização penal e administrativa. Nos cursos de formação a professores agora deveriam constar ensinamentos a respeito de drogas a fim de repassar o conhecimento científico a respeito delas. Conhecimentos a respeito dos malefícios das drogas deveriam ser repassados nos programas

das disciplinas da área de ciências naturais do 1º grau. As condutas de tráfico ilícito de entorpecentes e conduta de posse para consumo próprio passaram a ser descritas em artigos separados, no artigo 12 e 16, respectivamente, atribuindo pena de 03 a 15 anos de reclusão e pagamento de 50 a 360 dias-multa para o crime de tráfico ilícito e detenção de 06 meses a 02 anos e pagamento de 20 a 50 dias-multa para o usuário (Brasil, 1976/1980).

É possível perceber que as leis de 1971 e 1976 sofreram influência do discurso médico-psiquiátrico a partir do momento que começaram a conceber o usuário de drogas como alguém doente e o hospital psiquiátrico como principal recurso de atenção oferecido pelo estado à saúde do dependente de drogas. A iniciativa assistencial, como foi visto, iniciou-se no âmbito do Ministério da Justiça e não por iniciativa do Ministério da Saúde (Santos & Oliveira, 2013).

Contrariando o que a lei assegurava, os primeiros centros de tratamento privilegiavam apenas os consumidores de drogas ilícitas, não atendendo aos alcoolistas. Isso demonstra uma tendência histórica do Brasil de se preocupar mais com os compromissos firmados internacionalmente para reprimir e controlar as drogas ilícitas do que em estabelecer políticas públicas de saúde voltadas às reais necessidades dos usuários de substâncias psicoativas do país (Machado & Miranda, 2007).

É importante mencionar que apesar da questão das drogas está diretamente ligada à esfera penal, ela acaba extrapolando esse ramo do direito, repercutindo também sobre o direito trabalhista, direito previdenciário, direito civil, direito internacional público, entre outros. O decreto-lei 5.452, de 01 de maio de 1943, que aprova a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), permite em seu artigo. 482, alínea “f”, demissão por justa causa ao trabalhador por embriaguez habitual ou em serviço. Muitos doutrinadores da área de Direito associam o conceito de embriaguez para além dos efeitos provocados pelo álcool, estendendo-o também para os efeitos provocados pelos tóxicos ou entorpecentes. Embora a

jurisprudência venha se posicionando contrariamente à demissão por justa causa para o alcoolista crônico, a CLT ainda assegura essa possibilidade. Por isso tramita no Senado Federal, o Projeto de Lei nº 48 de 2010, proposto pelo Senador Marcelo Crivela, com o objetivo de modificar o art. 482 da CLT, “f”; o art. 132 da Lei 8.112/90, que “dispõe sobre o Regime Jurídico Único dos Servidores Públicos Civis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais - (RJU)”; e o art. 118, da Lei nº 8.213/91, que “dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências”, com o intuito de poder disciplinar a demissão e estabelecer garantia provisória de emprego ao alcoolista (Brasil, 1943/1990a/1991/2010a; Santos, 2010).

A Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal emitiu parecer favorável, em 04 de Agosto de 2010, para duas das três proposições do novo projeto: a que visava retirar da alínea “f” do art. 482 da CLT o termo embriaguez habitual, mantendo somente a embriaguez em serviço como critério para demissão por justa causa, ressaltando o trabalhador diagnosticado como alcoolista crônico, que para ter seu trabalho assegurado deverá “aceitar” a se submeter ao tratamento necessário, do contrário, a demissão passará a ser considerada um recurso legítimo utilizado pelo empregador. E a que visava acrescentar um parágrafo único ao art. 132 da Lei 8.112/90, que passaria a expressar o que anteriormente foi omitido, que em caso de demissão do servidor, alegando-se “inassiduidade habitual” (inciso III); “incontinência pública e conduta escandalosa (inciso IV), na repartição pública”, sendo o servidor diagnosticado clinicamente como alcoolista crônico, tais justificativas só teriam validade caso ele se recusasse a fazer o tratamento necessário para se livrar de seu problema de saúde. A única proposta que não foi aceita pela Comissão foi a que visava estender para o alcoolista crônico a estabilidade que a Lei 8.213 de 1991 concedia aos empregados que sofriam acidente no trabalho, ou seja, a que visava garantir aos alcoolistas que recebesse auxílio-doença, em razão de sua dependência, a garantia de que assim que cessasse o

recebimento do benefício, ficaria assegurado provisoriamente seu emprego pelo período de um ano. Essa emenda, que suprimiu o artigo 4º do projeto, decorreu do entendimento da Comissão de que esse direito está diretamente relacionado a um acidente laboral ou doença a ele equivalente, não cabendo estendê-lo para o alcoolista (Brasil, 1943/1990a/1991/2010b).

A Lei 10.406/02, que institui o novo Código Civil, no art. 3º, inc. III abre a possibilidade de conceber o usuário de drogas como alguém absolutamente incapaz para os atos da vida civil, já que menciona que entre eles estão “os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade”. No art. 4º encontra-se quem poderá ser considerado relativamente incapaz, e entre eles o inc. II afirma: “os ébrios habituais, os viciados em tóxicos, e os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido” (Brasil, 2002b; Santos, 2010).

A partir de 1980, sob a égide do decreto nº 85.110, a formulação de políticas públicas relacionadas às drogas passou a ser atribuição do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), tido como órgão central do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes. Esse sistema era responsável por integrar as atividades de prevenção, fiscalização e repressão ao uso e tráfico de drogas assim como as atividades relacionadas à recuperação dos dependentes, estando vinculado ao Ministério da Justiça. Mais tarde, a lei nº 8.764, de 20 de dezembro de 1993, criaria a Secretaria Nacional de Entorpecentes, vinculada também ao Ministério da Justiça, que teria como tarefa articular os órgãos estaduais, municipais e do Distrito Federal envolvidos com qualquer um dos aspectos relacionados às drogas, integrando-os ao Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes. Apesar de continuar focando em atividades voltadas à repressão da produção, do tráfico e do consumo de drogas, o CONFEN, a partir da redemocratização do país, possibilitou também certos avanços nas áreas de prevenção, tratamento e pesquisa voltadas aos usuários de álcool e outras drogas, orientando-se não mais, exclusivamente, pela

perspectiva repressiva de combate às drogas. Foi isso que possibilitou o apoio conferido aos centros de referência em tratamento, às pesquisas voltadas para a prevenção de drogas lícitas e ilícitas, à criação de comunidades terapêuticas e aos programas de redução de danos, criados para evitar a propagação do vírus HIV entre os usuários de drogas injetáveis (Brasil, 1980/1993; Conselho Federal de Psicologia, 2009; Machado & Miranda, 2007; Santos & Oliveira, 2013).

Com o propósito de ampliar o campo de atuação do CONFEN foram produzidos dois documentos com essa finalidade; um, em 1988, denominado de “Política Nacional na Questão das Drogas”, que tinha como objetivo apoiar os centros de referência para prevenção e tratamento ao uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, consolidando estes locais como centros de referência no que diz respeito a tratamento de dependentes químicos, à formação de profissionais para atender esse público e à realização de pesquisas destinadas ao tema. Além disso, esse documento estipulava também que a rede do Sistema Nacional de Saúde deveria atender de maneira eficaz e não estigmatizante, privilegiando o atendimento ambulatorial e, em último caso, a internação em hospital geral; o outro, produzido em 1996, chamado de “Programa de Ação Nacional Antidrogas” demonstrou preocupação com o aumento do consumo de substâncias ilícitas e a proliferação do vírus da Aids, especialmente no que diz respeito aos usuários de drogas injetáveis. Propôs o estabelecimento de regras para o funcionamento de instituições de tratamento, a troca do modelo assistencial de saúde mental por serviços específicos de atenção voltados à dependência química, o suporte técnico e financeiro às entidades filantrópicas e a qualificação dos recursos humanos. Apesar de oferecer medidas voltadas para a saúde do usuário, não houve nenhuma espécie de articulação com o Ministério da Saúde, muito menos com as políticas de saúde que estavam sendo implantadas pelo país, a exemplo do Sistema Único de Saúde (SUS), da reestruturação da saúde mental e dos programas de redução de danos, deixando a responsabilidade pela

coordenação e acompanhamento dessas ações a cargo do Ministério da Justiça, da Secretária de Planejamento das Ações de Segurança Pública e do Departamento de Entorpecentes.

Evidenciando com isso mais uma vez a tendência histórica de proposições de medidas sanitárias por parte por judiciário, o que demonstra indefinição e sobreposição de atribuições e de responsabilidades em relação ao tema (Machado & Miranda, 2007).

É importante mencionar que o apoio nem sempre financeiro, mas, sobretudo moral, a esses centros possibilitaram que pela primeira vez conhecimento científico fosse produzido a respeito do tema, ampliando a possibilidade de começarem a surgir práticas pautadas não mais por critérios morais ou repressivos. Em 1994, o CONFEN também foi audacioso ao emitir parecer favorável a respeito da criação de estratégias de redução de danos que tivessem como objetivo prevenir a transmissão do vírus da Aids entre os usuários de drogas, dirimindo de vez a dúvida gerada em decorrência da vigência da Lei 6.368 de 1976, principalmente em relação à troca de seringas e à oferta de insumos para o uso seguro de drogas, vistos por alguns setores da sociedade como “auxílio ou incentivo ao uso de drogas ilícitas”, prática considerada crime pela lei (Machado & Miranda, 2007).

Esse parecer foi emitido depois que o Ministério da Saúde provocou o CONFEN a estabelecer uma orientação a respeito do tema, pois se via pressionado por policiais e promotores que alegavam que tais condutas poderiam ser enquadradas como crime, cabendo prisão para quem fosse pego praticando tais atos. Esse parecer foi aprovado por maioria, mesmo contrariando a vontade do Ministério Público, da Polícia Federal e do ex-presidente Itamar Franco, preocupado em não contrariar a opinião recebida da Igreja Católica, que através da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil se posicionou contrária às iniciativas de redução de danos. O entendimento a favor de tais práticas se deu por considerar que a Lei nº 6.368/76 não poderia barrar iniciativas que tivessem como objetivo conter uma epidemia de saúde que surgiu depois de sua publicação. Além disso, por entender que a Constituição

Federal, que assegura que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, não poderia ser violada por uma lei infraconstitucional (Machado & Miranda, 2007).

Uma série de centros de pesquisas, tratamento e prevenção começaram a surgir a partir do início da década de 80, a maioria deles proveniente das universidades públicas, entre eles estão: o Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD), criado pelo Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); o Centro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), criado pelo Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina da Unifesp e o Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos (CORDATO), criado pela Universidade de Brasília (UnB). No setor público estadual de saúde, foram criados apenas dois centros de tratamento, prevenção e pesquisa: um; em Minas Gerais, conhecido como Centro Mineiro de Toxicomania (CMT); e o outro, em Pernambuco, denominado Centro Eulâmio Cordeiro de Recuperação Humana (CECRH) (Machado & Miranda, 2007).

Através do decreto nº 2.632, de 19 de junho de 1998, posteriormente revogado pelo decreto 3.696, de 21 de dezembro de 2000, criou-se o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), composto pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), criados para substituir o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, a Secretaria Nacional de Entorpecentes e o CONFEN, respectivamente. Além disso, a medida provisória nº 1.669, de 19 de junho de 1998, e o posterior decreto nº 3.845, de 13 de junho de 2001, passaram a vincular os dois órgãos criados, a SENAD e o CONAD, não mais ao Ministério da Justiça, mas ao Gabinete Militar da Presidência da República, hoje, conhecido como Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República (Brasil, 1998a/1998b/2000/2001b; Machado & Miranda, 2007; Santos & Oliveira, 2013).

O anúncio dessa reformulação institucional foi feito na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU) realizada nos dias 8 e 10 de junho de 1998 e dedicada ao “Problema Mundial das drogas”. Para alguns, a SENAD significou um retrocesso; primeiro, porque foi criada a partir dos interesses do ex-presidente Fernando Henrique de se reeleger; e segundo, porque representou o fim do CONFEN, órgão que apesar dos problemas, era uma órgão multidisciplinar e com uma política com maior possibilidade de articulação quando comparada a uma política elaborada a partir da visão militarizada das Forças Armadas. Ao mesmo tempo, isso demonstra como os temas relacionados às drogas foram ganhando cada vez mais importância no que diz respeito à Segurança Nacional (Machado & Miranda, 2007).

O SISNAD tinha como atribuições integrar as atividades de repressão constituídas pelo enfrentamento do uso indevido, do tráfico ilícito e da produção de drogas com as de prevenção, incluídas aí, as atividades relacionadas ao tratamento, recuperação e reinserção social dos dependentes. O Ministério da Justiça foi escolhido para ser o órgão central para integrar o sistema, a Polícia Federal, o órgão executivo das atividades de repressão e a SENAD, órgão executivo das atividades relacionadas à prevenção. Não foi delegada nenhuma atividade relacionada aos aspectos de prevenção ao Ministério da Saúde, embora esse fizesse parte do Sistema Nacional Antidrogas, revelando novamente duplicidade na atribuição de responsabilidade, uma vez que dentro do SISNAD quem ficou responsável pela execução de medidas voltadas aos dependentes de drogas foi a SENAD, sendo que na esfera da saúde pública cabia ao SUS prestar assistência integral a todos os cidadãos brasileiros. Essa desarticulação durou até o início do governo Lula, em 2003, quando foi feito todo um esforço para fazer com que todas as áreas ligadas ao tema começassem a se articular (Machado & Miranda, 2007)

O primeiro compromisso adotado pela SENAD em prol do acordo firmado na Assembleia Geral da ONU, em 1998, foi a formulação de uma política nacional voltada para o tema das drogas. Até aquele momento o Brasil ainda não possuía nenhuma política nacional sobre o tema, apesar dos esforços realizados no período do CONFEN. Para a consecução desse objetivo a SENAD realizou dois fóruns nacionais, um, em 1998, para que a sociedade viesse a contribuir na sua elaboração; e outro, em 2001, onde o projeto político após ter sido homologado pelo ex-presidente Fernando Henrique, foi apresentado à população. É interessante observar que durante a realização do segundo Fórum destinado à apresentação da Política Nacional Antidrogas estava acontecendo, concomitante a ele, a III Conferência de Saúde Mental. Essa Conferência se mostrou importante porque ratificou a necessidade de tratamento de base comunitária e porque pela primeira vez as estratégias de redução de danos foram incorporadas e reconhecidas, em âmbito governamental, como intervenções importantes para se atingir uma parcela da população que não tinha acesso ao sistema de saúde pública. O movimento a favor da saúde mental reivindicava a possibilidade de dialogar com os responsáveis pelo estabelecimento das políticas destinadas ao usuário de drogas, mas o contrário não se mostrou verdadeiro nesse período da história (Conselho Federal de Psicologia, 2009; Machado & Miranda, 2009).

A presença de uma diversidade de atores envolvidos na questão das drogas durante o primeiro fórum, entre eles, policiais, representantes das comunidades terapêuticas, cientistas e pessoas envolvidas com os projetos de redução de danos, refletiu na composição final da Política Nacional Antidrogas (PNAD, 2002). Esses atores pressionaram para que seus interesses, estivessem ali representados. Um dos aspectos que deixa isso evidente é que no capítulo destinado ao tratamento, recuperação e reinserção social não há nenhuma proposta de articulação entre o setor responsável por essas atividades (SENAD) e o setor público de saúde. Outro exemplo advém dos representantes das comunidades terapêuticas, que por

estarem em maioria, conseguiram fazer constar no documento a necessidade de normas mínimas que regulamentasse as instituições voltadas para o tratamento dos dependentes de drogas. Não fugindo à regra, os profissionais e militantes que trabalhavam com a área de redução de danos também conseguiram inserir um capítulo específico destinado à redução de danos sociais e à saúde do usuário (Machado & Miranda, 2007).

Apesar dos últimos dois temas estarem presentes no documento final, isso não significou que da forma como foram colocados eles conseguiram agradar a todos os envolvidos no trato dessas questões, pois apesar da federação das Comunidades Terapêuticas terem apoiado a medida, muitas delas, ofereceram resistência na hora que as normas mínimas de funcionamento foram colocadas em prática, pois consideravam que as vistorias e inspeções as deixavam mais vulneráveis a questionamentos públicos a respeito da qualidade do serviço que vinham prestando ao usuário de drogas. A mesma insatisfação também pôde ser encontrada em relação à inclusão das práticas de redução de danos na Política Nacional, que da forma como se deu, sem a legitimação da troca de seringas como maneira eficaz de minimizar prejuízos a saúde do usuário, também não agradou alguns segmentos do Ministério da Saúde, ainda mais porque isso ocorreu devido a pressões das Comunidades Terapêuticas presentes no primeiro Fórum Nacional Antidrogas. Isso acabou refletindo na maneira ambígua pela qual esse tema foi abordado pela política nacional, demonstrando a dificuldade que a sociedade tinha de chegar a um consenso a respeito dessa prática, embora já viesse sendo feita com o apoio e financiamento do Ministério da Saúde (Machado & Miranda, 2007).

Sob o decreto 4.345/2002, assinado pelo ex-presidente Fernando Henrique Cardoso, a Política Nacional Antidrogas, aprovada pelo CONAD, tida como em consonância com a nossa Constituição no que diz respeito aos direitos humanos e às liberdades fundamentais e aos acordos internacionais assumidos pelo Brasil, passou a vigorar e com ela uma verdadeira

guerra às drogas foi instaurada no país, objetivando atingir um ideal de sociedade livre das drogas ilícitas e do uso abusivo de substâncias lícitas, tendo por base a crença de que elas faziam mal à humanidade e à sociedade. Mas ao mesmo tempo, essa política reconhecia a diferença entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante, confirmando a necessidade de tratamento diferenciado a cada um deles. E dizia que a discriminação ao indivíduo pelo simples fato de ser usuário ou dependente de drogas deveria ser evitada, pressuposto que parece contradizer a própria Política Nacional Antidrogas. Esse documento reconhecia a lavagem de dinheiro proveniente do narcotráfico como a principal vulnerabilidade do Estado e principal alvo de ação de medidas repressivas (Brasil, 2002c; Santos & Oliveira, 2013).

A SENAD, no campo relacionado à atenção da saúde do usuário, focou em duas coisas: na qualidade do serviço prestado pelas comunidades terapêuticas e no incentivo à realização de pesquisas voltadas ao tema elaboradas pelos Centros de referência. Contribui na elaboração pela Agência de Vigilância Sanitária (Anvisa) da Resolução da Diretoria Colegiada nº101, de 30 de maio de 2001, que estabeleceu os critérios mínimos para o funcionamento das comunidades terapêuticas destinadas ao cuidado do usuário de drogas, o que posteriormente favoreceu o surgimento da demanda dessas instituições por financiamento junto ao Ministério da Saúde, mais especificamente, do SUS, para conseguirem se encaixar nos critérios estabelecidos por ela, perpetuando uma tendência histórica de financiamento à saúde através da rede privada em detrimento do setor público de saúde. Em relação às práticas de redução de danos a SENAD oscilava, ora apoiava, ora se opunha, mas sem impedir sua realização (Brasil, 2001c; Machado & Miranda, 2007).

A lei 10.409, de 11 de janeiro de 2002, elencou uma série de instituições e seus dirigentes para adotar, dentro de suas responsabilidades, as medidas necessárias para prevenir o uso e o tráfico de drogas, entre elas, “estabelecimentos ou entidades de ensino, saúde,

justiça, militar e policial” ou qualquer outra classificada como “entidade social, religiosa, cultural, recreativa ou desportiva”, não deixando de fora nem mesmo a mídia e as instituições financeiras, mas dessa vez não aplicou nenhum tipo de punição para os responsáveis que deixassem de cumprir tal determinação. Essa lei trouxe avanços no tratamento do dependente químico, pois instituía, entre outras medidas, que o usuário deveria ser atendido por uma equipe multiprofissional e de preferência que pudesse contar com o apoio da família para ajudar na sua recuperação; atribuía ao Ministério da Saúde a responsabilidade pela regulamentação de ações que visassem reduzir danos sociais e de saúde ao usuário, fato inédito na legislação brasileira. Conferia também a possibilidade de empresas privadas receberem benefícios a serem criados pela União, Estados, Distrito Federal e Município em contrapartida a programas voltados para a reinserção no mercado de trabalho de usuários ou dependentes de drogas ilícitas ou que possam causar dependência, desde que estes fossem encaminhados por órgãos oficiais do governo (Avelino, 2010; Brasil, 2002; Santos & Oliveira, 2013).

Apesar dos avanços proporcionados, essa Lei estava contaminada por falta de técnica legislativa, o que provocou por parte do Executivo o veto do capítulo III, que tratava justamente “dos crimes e das penas”, e do artigo 59, que revogava a Lei anterior, a Lei 6.368/1976. No entanto, a despeito dos vícios técnicos, a parte processual da Lei 10.409/02 foi aplicada, resultando na dupla vigência dessas leis até o momento em que a Lei 11.343/06 entrou em vigor para resolver de vez tamanho imbróglio legislativo (Avelino, 2010).

Mudanças políticas ocorridas após a posse do governo Lula em 2003 aliadas às experiências com a implantação de programas de redução de danos desenvolvidos para usuários de drogas injetáveis e a formulação, em 2003, de uma Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, desenvolvida pelo Ministério da Saúde, possibilitaram uma nova postura política do CONAD, que se refletiu no realinhamento de

quase 90% da política antidrogas adotada anteriormente, mudando inclusive a forma como se referia a ela: de Política Nacional Antidrogas para Política Nacional sobre Drogas, conforme é possível verificar na Resolução nº 03, de 27 de Outubro de 2005, do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República (Brasil, 2005; Conselho Federal de Psicologia, 2009; Santos & Oliveira).

É através dessa resolução, que instituiu a Política Nacional Sobre Drogas, que o uso abusivo passa a ser visto mais fortemente como problema de saúde pública, exigindo em contrapartida ações estatais mais enérgicas voltadas a garantir o acesso às diferentes modalidades de tratamento, recuperação e reinserção social do usuário de álcool e outras drogas. Essa nova política nacional, conforme a anterior, também reconhece que o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante devem ser vistos de forma diferenciada e demandam, por parte do Estado, estratégias diferenciadas no enfrentamento das questões ligadas às drogas. Além disso, ela respalda as estratégias de redução de danos como estratégias eficientes de prevenção a maiores malefícios à saúde do usuário, combatendo a ideia recorrente de que as mesmas estimulam o uso indiscriminado de drogas. Seu realinhamento, no entanto não lhe impossibilitou de ter entre seus pressupostos o objetivo de buscar uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso abusivo de drogas lícitas, muitos menos de tentar conscientizar o usuário e a sociedade de maneira geral, da relação entre o uso de substâncias ilícitas e a manutenção de organizações criminosas, esclarecendo que tais organizações têm no narcotráfico sua principal fonte de renda (Brasil, 2005; Santos & Oliveira, 2013; Conselho Federal de Psicologia, 2009). O que parece contraditório nessa Política Nacional Sobre Drogas é que, ao mesmo tempo, que assegura ao usuário ou dependente de substâncias lícitas e ilícitas o direito a tratamento igualitário e sem discriminação em relação aos demais cidadãos, ela continua vendo as drogas como um problema em si, o que não parece colaborar muito para que isso aconteça.

A Lei 11.343/06, atualmente em vigor no país, revogou tanto a legislação de 2002 quanto a de 1976, instituindo o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) focando mais na repressão da produção não autorizada e no combate ao tráfico de drogas, inclusive criando novos crimes associados a ele. Com o advento dessa lei foi possível estabelecer estratégias diferenciadas de enfrentamento para cada um dos atores envolvidos nessa temática: usuário/dependente e traficante. Seu advento possibilitou a quem cometesse condutas relacionadas ao crime de portar drogas para consumo pessoal penas mais brandas como “advertência sobre os efeitos das drogas; prestação de serviços à comunidade ou medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo” (art. 28), podendo ser aplicadas tanto cumulativamente quanto isoladamente. Além disso, esta Lei, quando comparada às anteriores, ampliou a possibilidade de se trabalhar com a sociedade de maneira mais preventiva e com a atenção e reinserção social de pessoas usuárias ou dependentes de drogas (Brasil, 2006a; Santos & Oliveira, 2013).

Embora com penalidades mais brandas, quem traz consigo drogas ilícitas para consumo pessoal ainda está cometendo crime, mesmo contrariando a definição que a Lei de Introdução ao Código Penal entende por crime. Esta Lei, publicada sob o Decreto-lei nº 3.914/41, traz, em seu art. 1º, a distinção entre crime e contravenção. Define crime como uma infração penal a qual a lei aplica pena de reclusão ou detenção, quer isoladamente, quer alternativa ou cumulativamente à pena de multa; e contravenção, como infração penal a qual a lei aplica, isoladamente, pena de prisão simples ou multa; ou as duas, alternativa ou cumulativamente. Lembrando que a Lei de Contravenções Penais foi publicada através do Decreto-lei nº 3.688/41, passando a entrar em vigor a partir de 1º de janeiro de 1942. As penas estabelecidas no artigo 32 do Código Penal, conforme o Decreto-lei nº 2.848/40, se referem a três tipos: a privativa de liberdade, as restritivas de direitos e a de multa, sendo que as penas restritivas de direito é algo aplicado em substituição à pena privativa de liberdade e a

critério de uma séria de condições, conforme elencado no artigo 44 do Código Penal. Isso significaria dizer que aos olhos da ainda vigente Lei de Introdução ao Código Penal e das penas estabelecidas pelo código penal a conduta de portar drogas para consumo próprio descrita no artigo 28 da Lei 11.343/06 não se encaixaria como crime (Brasil, 1940/1941b/1941a/2006a; Nascimento, 2009).

Acontece que o próprio Código Penal estabelece em seu art. 1º, “que não haverá crime sem lei anterior que assim o defina, nem pena sem prévia cominação legal”, esse mesmo amparo também pode ser encontrado no art. 5º, inc. XXXIX, da Constituição Federal de 1988, lei maior e hierarquicamente superior a qualquer outra vigente no país, que ainda define, no inc. XLVI, no mesmo artigo 5º, que a lei regulará a individualização da pena, podendo adotar outras possibilidades de penas além da privação ou restrição da liberdade como, por exemplo, a perda de bens, multa; prestação social alternativa, suspensão ou interdição de direitos, entre outras. Assegurando no inc. XLVII, que não haverá penas de morte, exceto em caso de guerra declarada; nem de caráter perpétuo; de trabalhos forçados; de banimento e, muito menos, cruéis no Brasil. O que, infelizmente, nem sempre se leva a sério, haja vista as denúncias apresentadas pelo Conselho Federal de Psicologia a respeito de algumas Comunidades Terapêuticas que oferecem serviços de atenção aos usuários de Drogas. Diante de todas as informações levantadas acima a respeito de como a legislação vigente entende o usuário de drogas fica claro a possibilidade de existência de condutas consideradas criminosas mesmo não tendo como penalidade a privação ou restrição da liberdade, aplicada isolada, alternativa ou cumulativamente à multa. Portanto, o uso de drogas não foi nem legalizado, muito menos descriminalizado, o entendimento que se poderia ter em relação a esse tipo de conduta é que ele foi apenas despenalizado, e isso, caso se entendesse como penas apropriadas para o caso, por ainda ser considerado crime, apenas as descritas no artigo 1º da Lei de Introdução Penal, o que, como já foi mostrado, corresponde a uma visão já

superada pela nossa atual Constituição Federal (Brasil, 1988c/2006a; Conselho Federal de Psicologia, 2011; Nascimento, 2009).

Virgílio de Mattos¹ afirma que embora muitos digam que já não é mais crime usar drogas, o que se constata ao examinar a legislação adotada no país é que essa conduta ainda recebe pena de advertência, prestação de serviços à comunidade, obrigatoriedade de comparecimento a programa ou curso educativo e multa, o que significa na prática criminalização da conduta, pois só se deixa de criminalizar um comportamento quando já não existe mais pena prevista em lei, a exemplo do adultério (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

Além disso, em relação especificamente às drogas, a Constituição Federal estabelece no artigo 5º, inc. XLIII, entre os crimes inafiançáveis e insuscetíveis de graça ou anistia, o crime de tráfico de drogas; no inc. LI, menciona que o brasileiro naturalizado com comprovado envolvimento com o tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins fica sujeito à extradição na forma da lei (Brasil, 1988c).

2.2 - Enfrentamento do uso abusivo de drogas nas políticas públicas de saúde.

A Constituição Federal (1988) em seu art.196 estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado e em seu art. 198 afirma que as ações e serviços públicos de saúde oferecidos nas três esferas de governo constituem-se em um Sistema Único de Saúde (SUS) que terá como diretrizes: a descentralização da gestão; a integralidade da atenção, o que envolve tanto atividades preventivas quanto assistenciais, e a participação da comunidade (Brasil, 1988c). O fato de a saúde ser um direito de todos, fez com que as políticas públicas voltadas ao tema respeitassem, conforme determina a Constituição, os princípios da universalidade e equidade no acesso às ações e serviços promovidos pelo Estado voltados

¹ A obra que está sendo citada ao final do parágrafo é a transcrição do VII Seminário Nacional de Psicologia e Direitos Humanos, realizado, em 2011, pelo Conselho Federal de Psicologia. Diante disso, o presente texto fará menção ao nome do autor de cada fala utilizada para corroborar os argumentos mencionados no decorrer deste trabalho.

para promoção, prevenção e recuperação da saúde do cidadão. Essas políticas atuam sobre os condicionantes e determinantes da saúde elencados em uma das leis que regulamentam o SUS: a Lei nº 8.080/90, quais sejam: “alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, atividade física, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais”. Esta Lei detalha melhor o Sistema e explica também de que forma os serviços privados de assistência à saúde serão prestados no país (Brasil, 1990b; Santos & Oliveira, 2013).

Como todos têm direito à saúde, o usuário de drogas não poderia ficar de fora da preocupação do governo na confecção de políticas públicas de saúde voltadas para esse segmento da população e o primeiro passo que viabilizou a atenção de maneira integral ao usuário de drogas foi a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, pois ela ratificou para o segmento da saúde mental, o que inclui os que sofrem de transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, os mesmo princípios e diretrizes elencados para o SUS na Constituição Federal de 1988. Uma coisa fundamental trazida por esta Lei foi a determinação de oferta de serviços públicos em saúde mental próximos da convivência social do usuário, o que reflete o interesse por um serviço de base mais territorial e disposto a se adaptar à realidade social do assistido, visando atuar de forma a minimizar as desigualdades encontradas em cada localidade e conseqüentemente possibilitando maior democratização da saúde e maior respeito ao usuário do sistema (Santos & Oliveira, 2013).

Em 2002, é publicada uma série de portarias pelo Ministério da Saúde, entre elas, a Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro, e a Portaria 816/GM, de 30 de abril, que tinham como objetivo regulamentar melhor a rede formada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e pelos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad), além de destinar financiamento específico para o setor (Conselho Federal de Psicologia, 2009).

Outro passo importante dado pelo governo, mais especificamente pelo Ministério da Saúde e que serviu de diretriz para o cuidado destinado ao usuário de drogas lícitas e ilícitas foi a publicação, no início da gestão do governo Lula, em 2003, da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Com a sua publicação, o Ministério da Saúde, pela primeira vez, chama para si a responsabilidade de prevenir, tratar e reabilitar o usuário de álcool e outras drogas. Por meio dela a abstinência deixou de ser vista como único objetivo das intervenções propostas pelo Estado e a redução de danos passou a ganhar mais credibilidade como caminho alternativo de tratamento e possibilidade de enfrentamento nos casos de maior complexidade. Além disso, essa política contribuiu aproximando os princípios dos SUS e da reforma psiquiátrica à realidade do público-alvo a quem se destinava. Conferiu importância à participação do usuário em seu tratamento e à criação de Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPSad) como estratégias para superar o modelo hospitalar psiquiátrico (Santos & Oliveira, 2013).

Através dessa política foi possível adotar um olhar menos moralista e mais tolerante em relação às drogas e ao usuário, pois entre suas diretrizes encontra-se presente a desconstrução da concepção do senso comum de que todo usuário de drogas é doente, restando-lhe como alternativa apenas prisão ou internação. Inclusive, quando estabeleceu essa política o Ministério da Saúde reconheceu o atraso histórico do SUS em assumir a responsabilidade no enfrentamento das questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas. Esse atraso histórico ocorreu devido a dois fatores: o primeiro está relacionado ao fato de as abordagens, políticas e intervenções que trataram do tema terem sido criadas inicialmente e predominantemente nos campos da justiça e da segurança pública; o outro, pelas próprias dificuldades encontradas no enfrentamento das questões ligadas ao álcool e outras drogas pela saúde pública brasileira. Essa política de atenção passa a se comprometer mais com as estratégias voltadas para a redução dos danos e prejuízos em detrimento das relacionadas ao

controle e a repressão. Sendo a favor da criação de uma rede integral de ações voltadas para a prevenção, promoção e proteção no âmbito do SUS assim como do fomento da malha assistencial especializada (CAPSad) e não-especializada, constituída por unidades básicas, programas de saúde da família e hospitais gerais, além é claro, de uma articulação intersetorial entre todos os órgãos envolvidos no assunto. Essa política enxerga o fenômeno das drogas em nossa sociedade de forma complexa, sabendo que suas consequências se disseminam para a esfera econômica, política, psicológica e social, compreendendo desta forma que intervenções psiquiátricas e jurídicas, como as que vêm sendo utilizadas desde o início do século XX, não são suficientes para abarcar o fenômeno das drogas assim como àquelas destinadas a ações exclusivas no âmbito da saúde (Machado e Miranda, 2007; Santos & Oliveira, 2013).

O CAPSad se constitui como expressão concreta da reforma psiquiátrica para o setor por ser um modelo de atenção à saúde centrado na comunidade, com atendimento ambulatorial e feito por equipe multiprofissional especializada voltada para promover ações de redução de danos, prevenção, recuperação, tratamento e reinserção dos usuários de substâncias químicas (Santos & Oliveira, 2013).

Embora isso seja verdade, o Conselho Federal de Psicologia afirma que como a reforma psiquiátrica estava preocupado com a desinstitucionalização da loucura, ela acabou demorando muito tempo para se atentar às especificidades dos problemas ligados ao uso e abuso de drogas, isso possibilitou que práticas conservadoras, seja através da iniciativa dos próprios usuários, seja através do que se conhece por comunidades terapêuticas, voltadas apenas para a abstinência já estivessem consolidadas no momento que a reforma psiquiátrica aconteceu e ganhou espaço no campo da saúde mental no país. Práticas que permanecem, até hoje, sendo utilizadas como recursos de atenção disponibilizados ao usuário ou dependente de drogas nos serviços de saúde mental, bastando citar o programa dos 12 passos

desenvolvidos pelos alcoólicos e narcóticos anônimos e a própria internação nas comunidades terapêuticas. No Brasil, três tipos de clínica, que tinham abordagens distintas para lidar com o usuário ou dependente de drogas, foram surgindo ao longo do tempo: A clínica da abstinência, a clínica do desejo e a clínica psicossocial (Conselho Federal de Psicologia, 2013a).

Marcus Oliveira, psicólogo e coordenador do Laboratório de Estudos Vinculares e Saúde Mental do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), revela que historicamente os usuários de drogas sempre estiveram à margem do interesse e do foco das políticas públicas voltadas à saúde mental. Mesmo quando a internação compulsória em leitos psiquiátricos era a única alternativa proposta para lidar com todos os espectros da doença mental, os usuários de drogas lícitas e ilícitas já estavam presentes, porém não eram notados (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

Marcus Oliveira revela que mesmo na luta antimanicomial, o foco de interesse sempre esteve voltado para os esquizofrênicos e psicóticos e que a Psicologia, especialmente no campo da saúde mental, negligenciou a dependência relacionada ao uso de álcool e outras drogas, deixando de estudar, de pesquisar e de propor alternativas e manejos terapêuticos capazes de ampliar o número de possibilidades de compreensão sobre o assunto e, conseqüentemente, de atuação diante dessa demanda. Oliveira explica que, inicialmente, só havia o “paradigma da abstinência” para lidar com os dependentes químicos, posteriormente, na década de 80, sob a influência de Olivenstein, o fortalecimento do pensamento lacaniano no Brasil introduziu a “clínica do desejo”, que consistia em afirmar que era a estrutura juntamente com a relação desejante do sujeito que o movia para a drogadição e seus efeitos devastadores. Que as substâncias em si não tinham o poder de destruição atribuído a elas. A visão Lacaniana permite que a reificação da droga seja entendida como uma projeção coletiva

que lhe atribuiu mais força e poder do que realmente ela tem (Conselho Federal de Psicologia, 2013b)

Para Oliveira a introdução da clínica Lacaniana e o incremento do número de contaminados pelo vírus da Aids através do compartilhamento de seringas possibilitaram a criação de uma nova maneira de lidar com a droga e seus usuários: a redução de danos. No entanto, ele entende a disputa entre os que pregam a abstinência ou a redução de danos como as únicas formas de tratamento disponíveis como algo reducionista, pois impossibilita que novas formas de intervenção sejam propostas, prendendo-se exclusivamente à perspectiva autoritária da abstinência ou a racionalidade sanitária da redução de danos. Embora não desprezasse a importância da saúde, ressalta que as duas formas adotam práticas sanitaristas, onde os profissionais de saúde com seus respectivos saberes desprezaram o saber do sujeito sobre seu próprio corpo e sobre a própria doença (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

Além disso, Oliveira afirma que essas formas de tratamento adotam a saúde como única possibilidade de caminhar a vida, desprezando outras possibilidades e produções. Situação que implica favorecimento de certa resistência por parte do sujeito que se considera estar trilhando o caminho errado e perigoso, o que impossibilita o diálogo entre as partes e o fortalecimento do laço social. Por isso vê na articulação entre direitos humanos e laço social uma possibilidade de desenvolvimento de um novo discurso psicológico, onde a perspectiva do laço social é derivada da noção de clínica ampliada antimanicomial (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

Oliveira entende laço social como capacidade de fazer vínculo, o que significa na prática, se colocar à disposição para ir ao encontro do outro, por isso considera que essa seja a ferramenta mais poderosa utilizada pela Psicologia, pois encontrar pessoas disponíveis para ouvir sem emitir juízo de valor é algo cada vez mais raro de se encontrar nos dias de hoje. Essa ferramenta quando colocada em prática cria laços, independente da vontade do sujeito,

seja ele criança, idoso, psicótico, morador de rua, usuário de drogas etc, pois formar vínculo é condição inerente ao ser humano. Isso não significa que não seja necessária uma dose de paciência por parte do profissional para que o sujeito comece a confiar e se abrir (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

Drogas como *crack*, que começou a circular no país na década de 80, e o *oxi*, que surgiu em 2011, e que pode ser entendida como uma evolução do *crack*, foi mostrando que lidar com drogas é como atirar em um alvo em movimento, pois as ações estatais nunca acompanham com a mesma rapidez o surgimento de novas drogas, o que torna a situação cada vez mais crítica e complexa. Ações voltadas para prevenção e tratamento dos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas podem contribuir para um enfrentamento mais eficaz diante da crescente e diversificada oferta dessas substâncias (Santos & Oliveira, 2013).

O Ministério da Saúde, pensando nisso, lançou em 2009 o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas no SUS, objetivando ampliar o tratamento e prevenção nas referidas áreas; diversificar ações voltadas para prevenção, promoção da saúde, tratamento e redução dos riscos e danos associados ao consumo; promover respostas construídas a partir dos diferentes setores da sociedade sempre respeitando o ambiente cultural, os direitos humanos e as características da clínica do álcool e outras drogas. Além de propor enfrentar a situação de vulnerabilidade e exclusão social vivida pelos usuários de drogas (Santos & Oliveira, 2013).

Em 2010, foi a vez do Ministério da Saúde lançar em parceria com outros setores do governo, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas como resposta do setor público às preocupações da sociedade brasileira, que via o consumo de drogas crescer exponencialmente nos últimos anos, especialmente o *crack*, ao mesmo tempo, em que a sensação de segurança diminuía entre a população (Santos & Oliveira, 2013). Esse plano

instituiu a criação de 6.120 leitos, sendo 2.500 destes, destinados a convênios ligados entre o SUS e o SUAS com as comunidades terapêuticas, instituições privadas e não. Em 2012, no contexto de enfrentamento do crack, uma série de portarias foi publicada pelo Ministério da Saúde, em uma delas, redefiniu-se o CAPS AD (três) para que se pudesse atender crianças, adolescentes e adultos em um mesmo lugar; e em outra, criou-se Unidades de Acolhimento (UAs) para oferecer acolhimento voluntário e cuidados permanentes a quem tivesse problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas e vivesse em situação de vulnerabilidade social e familiar. Nesse período, o governo lançou o programa “crack, é possível vencer”, focando em três eixos de ação: cuidado, prevenção e autoridade, buscando promover ações de forma integral entre diferentes áreas de ação: educação, segurança pública, assistência social e saúde, que para sua execução ampliou ainda mais os recursos que tinham sido previstos para o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. O eixo autoridade propõe ações junto as áreas conhecidas como cracolândias através do policiamento ostensivo, recuperação da infraestrutura e do restabelecimento da convivência entre os membros da comunidade, passando a ser bastante criticado por reforçar aspectos relacionados a vigilância e estigmatização do usuário como alguém associado à criminalidade e à periculosidade, sem contar que desvia a função estabelecida para os Consultórios de Rua, tornando-os porta de entrada para internações compulsórias (Conselho Federal de Psicologia, 2013a).

Apesar de a sociedade nos últimos tempos ter passado a encarar o fenômeno das drogas como problema de saúde, a violência presente na sociedade brasileira ainda está no imaginário social fortemente atribuída às drogas, o que tem como consequência a manutenção da repressão ao tráfico como sua principal bandeira. O que muitos esquecem é que problemas como corrupção, miséria, desemprego, muitas vezes, são tão ou mais

determinantes para a construção de uma sociedade violenta do que qualquer espécie de droga (Santos & Oliveira, 2013).

Entre os motivos que a sociedade alega como justificativa para o estabelecimento de penalidades mais severas para o usuário de drogas e o traficante está o fato de as cidades brasileiras figurarem entre as mais perigosas do mundo segundo pesquisa recente da Organização não-governamental mexicana Conselho Cidadão para Segurança Pública e Justiça Penal (Possui 14 das 50 cidades mais violentas do mundo); de o Brasil possuir um dos maiores índices de crimes de homicídio do mundo, situação que não está mais restrita apenas aos grandes centros urbanos; da concepção de alguns setores da sociedade de que o aumento da criminalidade se deve exclusivamente ao aumento do consumo de drogas, pois motivados por elas muitas pessoas passariam a adquirir coragem e audácia para cometer crimes violentos com o propósito de sustentar o próprio vício ou para dominar e manter territórios destinados à compra e venda dessas substâncias (Dalsenter & Timi, 2012).

Para Domiciano Siqueira, presidente da Aborda – Associação Brasileira de Redução de Danos -, quem tem pautado as políticas públicas, principalmente as relacionadas a drogas, tem sido a imprensa, e não a sociedade civil, como consequência disso, corre-se o risco de haver maiores intervenções truculentas da parte do Estado; e julgadoras, por parte das religiões. A ideia de que “está virando bagunça” transmitida à população pelos principais meios de comunicação do país traz conjuntamente a idéia de que só através do aumento do efetivo policial, da construção de presídios de segurança máxima e do endurecimento da legislação penal se poderá resolver o problema. Esse tipo de argumento tem ganhado cada vez mais espaço justamente porque a sociedade brasileira ainda não aprendeu que uma boa sociedade é aquela que necessita cada vez menos da autoridade policial, seja ela jurídica, religiosa ou sanitária, para controlar o comportamento dos seus cidadãos e que a meta para a

construção de uma sociedade mais democrática deve passar pelo desarmamento de todos esses tipos de policiamento (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

Entre os anos de 2006-2012, o gasto total no combate às drogas e ao narcotráfico foi de um bilhão de reais no Brasil. Nesse valor estão incluídos os gastos com o tratamento para os dependentes, as campanhas antidrogas e as atividades das polícias civil e militar. Apesar dos gastos com as políticas proibicionistas, os resultados são pífios, pois o consumo de drogas continua a crescer no país. Essa relação desigual entre o dinheiro investido e os resultados alcançados gera insatisfação não só no Brasil, mas também em outros países do mundo onde a situação se repete (Dalsenter & Timi, 2012).

Isso tem feito alguns países procurarem estratégias alternativas para combater o narcotráfico e a violência associada a ele. Um bom exemplo é o Uruguai, que aprovou recentemente na Câmara dos Deputados um projeto de lei que regulamenta a importação, plantio, cultivo, produção e comercialização da maconha e derivados ao controle do Estado, e está na expectativa da decisão do Senado, a qual acredita que será favorável, para a partir do ano que vem começar a colocar em prática o que determina tal projeto (Portal Vermelho, 2013).

2.3 - Internação compulsória no contexto da drogadição.

A internação compulsória presente na lei 10.216 (Brasil, 2001a) é entendida por parte da jurisprudência como inapropriada para usuários de drogas; primeiro, porque a lei não foi feita especificamente para usuários de substâncias químicas, e sim para portadores de transtorno mental no sentido mais amplo; segundo, porque o artigo 9º da referida lei estabelece que “a internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, e pelo juiz competente (...)”, o que faz muitos juízes entenderem que a medida de segurança prevista no Código Penal (art. 96 e 99) e na lei de Execução Penal (art. 3º, 41 c/c 42, 99 a 101) não se aplica ao usuário de drogas, pois para que a medida de segurança seja colocada

em prática é necessário que o indivíduo tenha cometido um crime com pena de reclusão e ofereça perigo à sociedade. O que não é o caso dos usuários de drogas, muitas vezes, concebidos como alguém com falta de percepção do poder destrutivo do vício e incapaz de se autodeterminar, argumentos que a princípio não justificariam a internação compulsória (Dalsenter & Timi, 2012). Talvez essa tenha sido a principal motivação do Deputado Osmar Terra ao propor o novo projeto de lei antidrogas: criar uma legislação específica para dependentes químicos que autorizasse o poder público a interná-los involuntária e compulsoriamente quando necessário.

No caso dos menores de idade, o Estatuto da Criança e do Adolescente ampara qualquer espécie de tratamento que assegure o bem-estar da criança (Dalsenter & Timi, 2012).

Art. 98. As medidas de proteção à criança e ao adolescente são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados:

- I - por ação ou omissão da sociedade ou do Estado;
- II - por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável;
- III - em razão de sua conduta (Brasil, 1990c).

Art. 101. Verificada qualquer das hipóteses previstas no art. 98, a autoridade competente poderá determinar, dentre outras, as seguintes medidas:

- IV - inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente;
- V - requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial (Brasil, 1990c).

Inclusive, em casos excepcionais, o próprio Conselho Tutelar poderá providenciar a internação da criança ou adolescente sem a necessidade de uma ordem judicial, conforme o artigo. 136, inciso I do referido Estatuto (Dalsenter & Timi, 2012).

Art. 136. São atribuições do Conselho Tutelar:

I - atender as crianças e adolescentes nas hipóteses previstas nos arts. 98 e 105, aplicando as medidas previstas no art. 101, I a VII (Brasil, 1990c)

Diante de toda retrospectiva histórica vista a respeito das Leis que já foram implantadas no país, chega-se a conclusão de que legislações rigorosas não são suficientes para frear o tráfico de drogas e muito menos fazer diminuir ou cessar o consumo de drogas. Estratégias que valorizem os usuários de drogas como cidadãos e lhes ofereçam oportunidade de assistência e reinserção social são os meios mais eficazes para lidar com os problemas mais graves decorrentes do abuso de drogas, qualquer que seja ela. Essa compreensão o projeto de lei até parece ter e querer operacionalizar na Lei 11.343/06, mas infelizmente de forma “compulsória”, já que proíbe qualquer quantidade para o porte ou consumo das substâncias consideradas ilícitas (Brasil, 2006a; Câmara Federal, 2013; Terra, 2010).

O Estado Brasileiro precisa encarar as drogas como um fenômeno que está presente na vida de milhares de brasileiros e que estes sofrem preconceito pelas escolhas que fizeram diuturnamente. É preciso reforçar as estratégias de redução de danos e encontrar outros meios de oferecer saúde sem obrigar o cidadão a receber um tratamento forçado, que vai contra sua liberdade e vontade. É preciso que o Estado Brasileiro conscientize a população que aspectos religiosos e morais não devem pautar nem o tratamento nem como a sociedade enxerga quem consume substâncias psicotrópicas. Que nem sempre criminalidade e transtorno mental estão diretamente ligados ao uso de drogas. É chegada a hora de o Governo Brasileiro minar o tráfico de drogas e a criminalidade por outros meios que não sejam apenas pela repressão,

começando por oferecer melhores condições de vida à população historicamente marginalizada e a regulamentação, como projeto experimental, de algumas drogas para controlar sua qualidade e, ao mesmo tempo, poder se aproximar do usuário para oferecer tratamento, sem a perspectiva repressora historicamente constituída.

É sobre estes e outros questionamentos que o próximo capítulo se debruçará ao comparar o novo projeto de Lei nº 7.663-c/10, que tramita atualmente no Senado, com a Lei 11.343/06 e a Lei 10.216/01 da reforma psiquiátrica, conjecturando como as mudanças propostas pelo projeto afetarão, caso seja aprovado, às políticas públicas de saúde e segurança pública e nacional que estão sendo implementadas pelo país (Brasil, 2001a/2006a; Câmara Federal, 2013).

Pretendendo lançar um olhar crítico sobre a necessidade do novo projeto de lei regulamentar recursos de internação já previstos pela Lei da Reforma Psiquiátrica, considerados como recursos últimos a serem utilizados e restritos apenas aos casos mais graves. Além de mencionar, também, em que condições isso será colocado em prática e que efeitos terá sobre o tratamento oferecido aos usuários de drogas.

Capítulo III

Comparação entre a Lei 11.343/06, o Novo Projeto de Lei nº 7.663/10 e a Lei 10.216/01

3.1 – A Metodologia Empregada na Análise do Material Selecionado

O processo de análise está diretamente associado à transformação, isso porque se começa com uma simples coleta de dados qualitativos para em seguida, com ajuda de procedimentos analíticos, se chegar a uma análise mais aprofundada e pertinente com as observações e conhecimentos adquiridos no decorrer da pesquisa sobre o fenômeno (Gibbs, 2009).

O texto é, por excelência, o tipo de dado qualitativo mais utilizado na análise. Isso pode ser explicado porque em várias situações ter os dados coletados inicialmente em forma de texto facilita o processo de análise. Eis o porquê das transcrições das entrevistas ou notas de campo na confecção de trabalhos etnográficos. Outros tipos de documentos, entre eles, as legislações vigentes ou projetos de lei, por se apresentarem em forma de texto, também podem ser utilizados como dados iniciais para futuras pesquisas qualitativas (Gibbs, 2009). É justamente esses dois últimos tipos de materiais que serviram de alicerce para a construção da análise do fenômeno que se procurou investigar.

Para que uma análise qualitativa ocorra é fundamental que o pesquisador tenha desenvolvido uma consciência dos tipos de dados que podem ser examinados e como eles podem ser descritos e explicados. Entre as possibilidades metodológicas para se trabalhar com os dados numa pesquisa qualitativa pode-se escolher conforme o objetivo da pesquisa a descrição rica ou densa, como é conhecida; a indução e dedução, ou ambas; dar um enfoque nomotético ou idiográfico e, por fim, optar em ver os dados como algo pertencente ao mundo

real ou a algo que construímos através de realidades múltiplas e socialmente construídas (Gibbs, 2009). Nessa pesquisa, optou-se pela última possibilidade.

O pesquisador deve também desenvolver uma série de atividades práticas adequadas aos tipos e volume dos dados coletados. Duas dessas atividades são: união entre coleta e análise, e ampliação do volume de dados em vez de redução. Na pesquisa qualitativa não há uma divisão rígida entre conjunto de dados e análise de dados, ou seja, à medida que o pesquisador vai a campo coletar os dados, seja através de entrevistas, notas de campo ou aquisição de documentos, já é possível iniciar a análise, fato que contribui para o surgimento de novas inquietações que deverão ser investigadas ou problematizadas no decorrer da pesquisa, tornando-a dinâmica por natureza (Gibbs, 2009).

A pesquisa qualitativa, ao contrário da quantitativa, não busca reduzir ou condensar os dados em resumos ou estatísticas, pelo contrário, a pesquisa qualitativa, normalmente, procura melhorar os dados, aumentar seu volume, densidade e complexidade e somente ao final da pesquisa é que selecionará quais informações serão pertinentes para incluí-las no relatório final. E o fará, muitas vezes, por meio da codificação ou categorização dos dados coletados (Gibbs, 2009).

A codificação é uma das técnicas da análise qualitativa que facilita o manuseio e assimilação dessa grande quantidade de informações iniciais, ela é uma forma de organizar e controlar os dados, mantendo-os preservados. Envolve a identificação e o registro de uma ou mais passagens dos textos que se referem ao mesmo conteúdo ou a temas diferentes, mas que são considerados importantes na visão do pesquisador (Gibbs, 2009).

A codificação pode ser entendida como palavras ou conceitos-chaves que um determinado texto guarda em si e sua utilização facilita a compreensão do pesquisador já que através desses códigos ele consegue acessar todo conteúdo importante do texto, facilitando inclusive o processo de comparação entre dois ou mais textos. Aproximando as semelhanças

entres estes e evidenciando suas diferenças. Enriquecendo significativamente a qualidade dos dados e conseqüentemente da análise (Gibbs, 2009).

É justamente esse processo de codificação que a presente pesquisa se propõe a fazer ao analisar a redação do novo projeto de lei sobre drogas nº 7.663/10 e, ao mesmo tempo, compará-lo com a Lei 11.343/06 e com a lei da reforma psiquiátrica 10.216/01. É através da categorização de trechos ou palavras-chaves do texto do novo projeto que se pretende ampliar a discussão teórica a respeito dos temas selecionados e assim contribuir para maior entendimento do que significará a aprovação do novo projeto de lei para a sociedade brasileira, traçando hipóteses sobre seus principais avanços e possíveis retrocessos, especialmente no campo da atenção ao usuário e da repressão ao tráfico de drogas (Brasil 2001a/2006a; Terra, 2010). Resumidamente, pode-se descrever a pesquisa em quatro etapas: aquisição das legislações e textos do projeto de lei pertinentes ao trabalho de pesquisa, aprofundamento sobre o tema através do que já foi escrito na literatura científica, comparação entre o texto inicial apresentado pelo Deputado Osmar Terra (PMDB-RS) e a redação final assinada pelo relator, Deputado Givaldo Carimbão (PSB-AL) aprovada na Câmara Federal e, finalmente, a elaboração de categorias para ajudar na análise entre o texto final do projeto, a Lei 11.343/06 e a Lei 10.216/01 (Brasil, 2001a/2006a; Câmara Federal, 2013; Terra, 2010).

Antes de se chegar ao processo de categorização em si, como dito acima, é necessário analisar mais a fundo o projeto de lei que tramita no Congresso Federal, isso porque da data de sua apresentação (14/07/10) até a aprovação do texto final pelo plenário da Câmara Federal (28/05/13), ele sofreu 25 emendas que não chegaram a descaracterizá-lo completamente, mas com certeza lhe suavizaram a aparência, pois alguns aspectos considerados polêmicos como a responsabilização dos agentes públicos e privados pela qualidade do tratamento oferecido, a possibilidade de aumento das penas para usuário e o acréscimo de duas novas circunstâncias qualificadoras entre as que já constam no artigo 40 da

Lei 11.343/06, para tratar com mais rigor algumas condutas classificadas pela lei vigente como relacionadas ao mundo do tráfico, foram suprimidas ou parcialmente/totalmente modificadas no decorrer do processo legislativo. Independente das mudanças, caso seja aprovado no Senado esse projeto de lei dará novos rumos à política que vem sendo executada até o momento, trazendo alguns aperfeiçoamentos e retrocessos às leis já existentes que tratam sobre drogas e saúde mental no Brasil e que mais a frente será enfatizado pelo trabalho através das categorias (Brasil, 2006a; Câmara Federal, 2013; Terra, 2010).

O projeto de lei de autoria do Deputado Osmar Terra tem como objetivo “acrescentar e alterar dispositivos à Lei n ° 11.343/06” (Terra, 2010, p.1). A principal diferença entre o texto inicial e sua redação final é que este último encontra-se mais detalhado, principalmente, no que diz respeito ao tratamento e reinserção social do usuário ou dependente de drogas assim como em relação ao financiamento das políticas sobre drogas por pessoas físicas e jurídicas (Brasil, 2006a; Câmara Federal, 2013; Terra, 2010).

Entre os temas que constavam no texto inicial e que, posteriormente, foram totalmente suprimidos estão: a necessidade de classificação dos diversos tipos de drogas, levando-se em consideração sua farmacodinâmica, farmacocinética e seu poder de dependência, definido por uma escala de no mínimo três níveis, que variasse entre baixa, média e alta; a necessidade de estabelecer entre as diretrizes para a elaboração de políticas que visassem à saúde integral do usuário ou dependente de drogas a valorização das parcerias com as “instituições religiosas, associações e organizações não-governamentais” (Terra, 2010, p.5) no que diz respeito a questões ligadas à sexualidade e uso de drogas; a criação da Rede Nacional de Políticas sobre Drogas, “entendida como um sistema organizacional integrado por indivíduos, comunidades, instituições públicas e privadas que se articulariam com a finalidade de contribuir para o cumprimento dos objetivos das Políticas sobre Drogas” (Terra, 2010, p.6); cada um deles sendo vistos como uma unidade da rede; o entendimento do SISNAD como estrutura formal

da Rede Nacional de Políticas sobre Drogas; aumento das penalidades e criação de medidas restritivas de direitos voltadas para os usuários de drogas autuados no artigo 28 e o acréscimo de duas novas qualificadoras às outras já descritas nos incisos do artigo 40 relacionadas ao submundo do tráfico. Essas duas novas qualificadoras, assim como as demais, aumentariam a pena de (1/6) um sexto à (2/3) dois terços para as condutas previstas entre os artigos 33 a 37 da Lei 11.343/06 e dizem respeito aos casos em que envolvessem “drogas com alto poder de causar dependência” (Terra, 2010, p. 24), de acordo com a classificação proposta pelo projeto, ou que tivessem como propósito misturar drogas com a finalidade de “aumentar a capacidade de causar dependência” (Terra, 2010, p.24) no usuário (Brasil, 2006a; Terra, 2010).

No texto inicial, o inciso II (prestação de serviços à comunidade) e III (comparecimento a programa ou curso educativo) do artigo 28 da Lei 11.343/06 teriam suas penas aumentadas, passando de no máximo (5) cinco meses, conforme está previsto na Lei 11.343/06, para (6) seis a (12) doze meses, e nos casos de reincidência passando de no máximo (10) dez meses para (12) doze a (24) vinte quatro meses. E para obrigar o usuário a cumprir as medidas educativas estabelecidas no artigo 28, advertência sobre os efeitos das drogas; prestação de serviços à comunidade e medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo, o projeto tinha proposto também medidas restritivas de direitos a serem aplicadas pelo juiz após a admoestação verbal e multa, essas duas últimas sanções já inscritas na lei 11.343/06. As medidas restritivas de direitos se referiam à proibição de frequentar determinados lugares ou ficar submetido a cumprir certos horários (Brasil, 2006a; Terra, 2010).

Esse primeiro texto também exigia a obrigatoriedade de já constar na sentença judicial uma pessoa responsável para averiguar o cumprimento, por parte do usuário ou dependente de drogas, de qualquer uma das medidas estabelecidas no artigo 28 proposta a cada um deles,

exigindo também que o juiz fosse informado através do responsável pelo plano de atendimento individual do usuário, a ser realizado pela equipe multidisciplinar da rede de saúde, sobre o progresso do usuário após o fim do programa adotado, inclusive dando-lhe a opção de oferecer sugestões futuras a respeito do que seria necessário fazer para que o jurisdicionado atingisse o progresso esperado no plano de atendimento individual, violando claramente um princípio elencado no artigo 4º, inciso I, da própria Lei 11.343, que diz respeito à garantia de não violação aos direitos fundamentais da pessoa humana, dentre eles, sua liberdade e autonomia; e da Lei da reforma psiquiátrica, que assegura a qualquer pessoa portadora de transtorno mental ser protegida “contra qualquer forma de abuso ou exploração”. Preocupado também em proteger o sigilo das informações obtidas pelo Sistema Nacional de Informação sobre Drogas através das instituições que oferecessem atenção à saúde e assistência social aos usuários e dependentes de drogas, o Deputado Osmar Terra propôs a criação de um novo crime que estabeleceria pena de detenção de (6) meses a (1) um ano e multa a quem quebrasse o dever de sigilo ou permitisse o acesso a informações a respeito dos usuários ou dependentes de drogas a pessoas não autorizadas (Brasil, 2006a; Terra, 2010).

Entre os temas que foram parcialmente modificados estão aqueles relacionados à criação dos Conselhos de Políticas sobre Drogas, pois a redação final trata de maneira mais sucinta o tema, informando apenas sobre seus objetivos, seus critérios de elegibilidade, duração do mandato e que os recursos necessários para o seu funcionamento deverão ser previstos nas leis orçamentárias dos respectivos entes federados, sugerindo regulamentação específica posterior para tratar de forma mais detalhada a respeito da forma como serão escolhidos os membros para compor tal Conselho. Outro tema que não foi tocado na redação final diz respeito à obrigatoriedade da adesão de todas as instituições que oferecessem atenção à saúde ou assistência social ao usuário ou dependente de drogas a operar o Sistema

Nacional de Informação sobre Drogas, que no entender de quem lia o texto inicial parecia indicar a obrigação delas fornecerem os dados necessários para alimentar o sistema que seria criado com o objetivo de coletar dados para produzir subsídios ao governo no enfrentamento da questão das drogas. Diante disso, conseqüentemente, suprimiu-se também do texto final o trecho que estabelecia a suspensão dos recursos públicos destinados às unidades do SISNAD que não cooperasse com seu funcionamento. A redação final juntou o Sistema Nacional de Informação sobre Drogas e o Sistema Nacional de Acompanhamento e Avaliação das Políticas sobre Drogas em um só sistema, denominado de Sistema de Informação, Avaliação e Gestão das Políticas sobre Drogas, explicitando que caberia à União mantê-lo sob domínio do SISNAD. Apesar de ser um sistema nacional preferiu não se referir a ele explicitamente dessa forma na redação final, talvez devido ao alarde gerado por alguns meios de comunicação a respeito da criação de um banco de dados a nível nacional onde constaria o nome de todas as pessoas que já foram internadas em decorrência das drogas (Brasil, 2006a; Terra, 2010).

O projeto inicial realmente exigia registro de todos os tipos de internação no Sistema Nacional de Informações, disponibilizando acesso ao Ministério Público, Conselho de Políticas sobre Drogas e outros órgãos de fiscalização, oferecendo em contrapartida o sigilo dos dados e seu acesso somente a agentes autorizados. Por isso mesmo sentiu necessidade de regulamentar novamente os três tipos de internações, já previstos na Lei da Reforma Psiquiátrica, só que agora voltadas especificamente para esse público, sem, no entanto, alterar em nada o texto que já constava naquela lei, reforçando inclusive que a internação compulsória seria realizada de acordo com a legislação vigente e que seria atribuição somente do juiz. Só mais à frente a internação involuntária sofrerá modificações e a internação compulsória será suprimida do texto original. Esse texto inicial inclusive garantia a todos os tipos de internação o respeito à Lei 10.216/01 e não apenas, “no que couber” (Câmara

Federal, 2013, p.17), conforme agora consta na redação final (Brasil 2001a; Câmara Federal, 2013; Terra, 2010).

Anteriormente à redação final, propunha-se a responsabilização de todos os envolvidos diretamente com a qualidade do tratamento oferecido ao usuário ou dependente de drogas, tanto na esfera pública quanto na esfera privada, chegando inclusive a elaborar níveis gradativos e diferenciados de sanções para cada uma das esferas, e possibilidade de se aplicar no que coubesse, a Lei da Improbidade Administrativa para os casos que configurassem desrespeito à Lei, objetivando única e exclusivamente o enriquecimento ilícito, mesmo não sendo essa pessoa agente público. Entre os princípios e diretrizes estabelecidos no artigo 22 da Lei 11.343/06 seriam acrescentados dois novos parágrafos que, posteriormente, serão suprimidos, mas que, inicialmente, tinham o intuito de estabelecer metas, e, ao mesmo tempo, garanti-las, e se referia à atenção e reinserção social do usuário ou dependente de drogas, constando entre elas, a necessidade de responsabilizar o usuário ou dependente de drogas “adequadamente” sobre o uso que fazem das substâncias ilícitas e das consequências adversas para si mesmo e para a sociedade como um todo assim como a necessidade de reprovação do uso de drogas, mesmo que o padrão de consumo fosse ocasional, por todo sistema que compõe o SISNAD (Brasil, 2006a; Câmara Federal, 2013; Terra, 2010).

Sabendo agora como o projeto de lei se iniciou, a construção de categorias analíticas a partir do texto final dará uma ideia de como os temas selecionados ficaram estabelecidos (Câmara Federal, 2013; Terra, 2010).

3.2 - Categorias escolhidas.

3.3.1 – Fortalecimento da justiça terapêutica e das representações sociais relacionadas ao usuário e dependente de drogas.

O projeto de lei aprovado na Câmara Federal não entende mais o SISNAD como estrutura formal da Rede Nacional de Políticas sobre drogas como o projeto inicial havia

estabelecido, até porque a criação dessa rede foi descartada ao longo das inúmeras modificações pelas quais o texto passou ao percorrer as etapas legislativas necessárias para aprovação de um projeto de lei, mas a redação final acrescentou um parágrafo ao artigo 3º da Lei 11.343/06 que traz a mesma definição proposta inicialmente ao que se poderia entender por SISNAD (Brasil, 2006a; Câmara Federal, 2013; Terra, 2010):

Conjunto ordenado de princípios, regras, critérios e recursos materiais e humanos que envolvem as políticas, planos, programas, ações e projetos sobre drogas, incluindo-se nele, por adesão, os Sistemas de Políticas Públicas sobre Drogas dos Estados, Distrito Federal e Municípios (Câmara Federal, 2010, p.1)

Diante dessa definição sabemos que tudo que está contido nela envolve as duas frentes de ação que cabe ao SISNAD “articular, coordenar, organizar e integrar” (Brasil, 2006, p. 29) conforme já descreve a própria Lei 11.343/06: uma; ligada à repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas; a outra, da prevenção, tratamento e reinserção social do usuário (Brasil, 2006; Câmara Federal, 2013).

Ao propor uma regulamentação específica para tratar o usuário e dependente químico e combater o tráfico internacional de drogas, o Estado brasileiro evidencia mecanismos de controle que são conhecidos como biopoder e biopolítica (Castro, 2009).

O biopoder corresponde à apropriação pelo Estado das condições que determinam a vida e evitam a morte. A partir da época clássica (século XVII) houve essa mudança nos mecanismos de poder: passou-se do direito soberano de fazer morrer ou deixar viver para fazer viver ou abandonar à morte. Isso significa a estatização de todos os aspectos que dizem respeito à vida biológica. A vida deixa de ser evidenciada apenas pelo momento da morte ou fatalidade e passa a entrar no campo de controle do saber e das intervenções do poder. A construção desse conceito é fruto das teorias do direito, da teoria política assim como dos mecanismos, técnicas e tecnologias do poder. Dois fatores contribuíram para que isso

ocorresse: o surgimento das disciplinas que consideram o corpo humano uma máquina e que teve como foco o corpo individual; e a biopolítica, que ajudou o Estado a elaborar estratégias de enfrentamento relacionadas ao controle dos processos biológicos agora não mais no âmbito individual, mas focando a população. A norma passa a ganhar cada vez mais importância e espaço em relação ao sistema jurídico da lei porque permite maior controle da sociedade. Ela pode ser aplicada tanto a um corpo, que se quer disciplinar, quanto a uma população que se queira regular. A sociedade de normalização é um cruzamento entre a norma da disciplina e da regulação. A soberania se tornara obsoleta em termos de mecanismos de poder quando o objetivo era manejar o corpo econômico e político de uma sociedade em crescente explosão demográfica, por isso a necessidade do aparecimento das escolas, hospitais, quartéis e fábricas ao nível local (Castro, 2009).

Uma política sobre droga desenvolvida pelo Estado cumpre exatamente esse papel: regular a saúde da população com o objetivo de querer levá-la à homeostase, ao equilíbrio, e assim poder melhor inserir seus corpos no aparato produtivo desenvolvido pelo capitalismo. Para executar essa tarefa contará com a ajuda dos poderes especializados, que passarão a determinar como a pessoa deve se comportar e agir num determinado aspecto da vida. No caso das drogas, campos do saber como a psiquiatria e psicologia exercem tanto a biopolítica quanto o poder disciplinar, pois quando falam à população estão regulamentando o corpo social e quando falam ao indivíduo estão exercendo mecanismos disciplinares de controle (Castro, 2009).

Uma das faces do biopoder está na sua relação com o conhecimento formal, utilizando-o como mecanismo poderoso de controle e poder. Ficará a critério dos especialistas determinar o que é melhor fazer, como fazer e quando fazer alguma coisa que esteja relacionada a sua área; ao leigo, caberá simplesmente acatar a decisão do *expert*. O biopoder está de tal forma instalado que ele subverte nossos próprios desejos, molda nossos

sonhos e nos faz aceitar o *status quo* da maneira como se encontra, tornando nossa maneira de amar, trabalhar, conviver e reproduzir monótona e totalmente adaptada a rotina necessária para a continuação da vida e da manutenção do sistema. O biopoder não utiliza mais predominantemente mecanismos de controle pautados em coesão externa, espaços de confinamentos, entre os quais, pode-se citar as prisões e os manicômios, muito menos, a vigilância direta sobre o corpo. Ele faz algo mais cruel, ele naturaliza de tal maneira as formas de controle que quem se submete a elas não se sente como se estivesse se submetendo a alguma espécie de poder, e sim passa acreditar que está fazendo o que é o certo e o que um cidadão de bem deveria fazer. Isso não significa que não se possa subverter essa ordem, para isso basta cada um começar a “exercitar a biopolítica, criar novos laços de solidariedade, afeto, ternura e construir novas formas de viver” (Souza, 2007), abrindo mão de ocupar um lugar de controle nas relações desiguais estabelecidas nos mais variados contextos da vida, desde aquelas relativas ao âmbito familiar, passando pelo profissional até se chegar aos laços de amizade, pois esses respectivos tipos de controle quando estão operando têm como finalidade apenas subjugar, oprimir e competir com o outro. Outra razão dada para se abrir mão do controle é o fato de toda pessoa que ambiciona ocupar um lugar de controle acabar por tornar-se um pouco paranóica, já que está sempre preocupada em manter-se no posto que conquistou. A conquista do poder e do controle, ao contrário do que se poderia supor, não tornam ninguém mais feliz, pois a essa condição está implícito a impossibilidade de qualquer pessoa ter encontros verdadeiros e desarmados que lhe proporcione enriquecimento de alma e alegria (Souza, 2007).

Outra mudança trazida pelo projeto à Lei 11.343/06 foi a obrigatoriedade do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) atuar em articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS) e com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Essa mudança deixa de ser interessante porque não está direcionada a quem procura tratamento, mas está

sendo imposta a todo e qualquer usuário que for pego usando ou portando uma substância ilícita. Como o projeto de lei não descriminalizou o uso de drogas nem estabeleceu de forma objetiva uma quantidade que diferencie o porte para consumo pessoal do crime de tráfico, isso acabou não alterando em nada o modelo proibicionista adotado pelo país há mais de um século. Esse tipo de medida contribui ainda mais para que todo usuário de drogas ilícitas seja visto pela sociedade de forma discriminativa, que continue sofrendo preconceitos, sendo excluído, recolhido e internado compulsoriamente, contribuindo para a manutenção da desqualificação moral e social dessas pessoas e legitimando práticas violadoras de direitos (Brasil, 2006a; Câmara Federal, 2013; Conselho Federal de Psicologia, 2013a).

Desde o advento da lei 11.343/06, a prática da “justiça terapêutica” vem ganhando importância e fortalecendo o paradigma da abstinência. A justiça terapêutica é aquela que não encarcera o indivíduo, mas estabelece pena alternativa de tratamento a quem for flagrado portando ou usando drogas ilícitas. Tal prática apesar de não encarcerar o sujeito, restringe seus direitos, uma vez que não dá alternativa ao usuário de não querer cumprir o tratamento que será determinado por sentença judicial, estabelecendo de certa forma um tratamento compulsório. Dessa forma tanto a Lei 11.343/06 quanto o novo projeto de lei mantêm inalterado o caráter punitivo historicamente infligido ao usuário de drogas, tanto é que inicialmente a intenção do projeto de lei era aumentar ainda mais o tempo de duração das penas alternativas destinadas ao usuário e criar medidas restritivas para os casos de não cumprimento do que fora estabelecido em sentença judicial no dia da audiência. Além disso, a prática da justiça terapêutica permite que dispositivos que outrora foram criados pelos saberes médicos, psicológicos e jurídicos tendo como base de sustentação a relação entre vigilância e “reabilitação” voltem a ocorrer novamente, conforme se verá mais a frente. Do ponto de vista ético, o Conselho Federal de Psicologia afirma que a prática da justiça terapêutica é questionável porque desvirtua o acesso à saúde e ao tratamento clínico do

campo dos direitos para o da punição, distorcendo a percepção de quem os recebe. Todas as mudanças sugeridas no projeto com objetivo de articular o SISNAD, o SUS e SUAS parece corroborar com o entendimento que o Conselho Federal de Psicologia tem a respeito do posicionamento do Estado frente às drogas (Brasil, 2006a; Câmara Federal, 2013; Conselho Federal de Psicologia, 2013a).

A impressão que se tem ao ler o projeto é que ele parece incentivar como ideal de tratamento somente o modelo que busca a abstinência indiscriminada de todos os usuários de drogas, desconsiderando os aspectos singulares envolvidos em cada caso e desprezando as possibilidades que as estratégias de redução de danos podem oferecer ao usuário (o que pode ser feito preservando sua liberdade e possibilitando-lhe maior autonomia em relação ao uso abusivo de substâncias ilícitas), sem contar que ao transformar as drogas em um mal em si, parece também não querer enxergar a presença histórica delas nos mais diversos períodos, contextos e culturas ao longo da história da humanidade (Câmara Federal, 2013a).

Se a lei fosse destinada a oferecer um tratamento de qualidade a quem tem interesse pela abstinência e para os casos em que realmente um quadro de uso abusivo de droga (s) realmente já tivesse se instalado essa articulação entre esses três setores seria mais frutífera e necessária e colocaria em prática o inciso I, do artigo 22 da Lei 11.343/06, que garante ao usuário ou dependente de drogas nas atividades de atenção e reinserção social ser tratado com respeito, levando-se em consideração “os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do SUS e da Política Nacional de Assistência Social” e da mesma forma estaria garantindo também o que determina o artigo 2º, inciso I, da Lei 10.216, que assegura que a pessoa com transtorno mental deve receber por parte do sistema de saúde o melhor tratamento que ela merece, levando-se em consideração as peculiaridades de sua doença (Brasil, 2001/2006; Câmara Federal, 2013).

Essa articulação intersetorial se fosse colocada na perspectiva da garantia de direitos e não da punição, sem dúvida, aumentaria ainda mais a probabilidade do usuário ou dependente de drogas em situação de vulnerabilidade social ter uma assistência integral a sua saúde, além de possibilitá-los a oportunidade de criar novos interesses e laços sociais para além dos estabelecidos através do uso de drogas, mas da forma como foi colocada parece expressar que toda pessoa em situação de vulnerabilidade social necessita ser recolhida para ser submetida a tratamento compulsório ou involuntário e que para esses casos o tratamento ideal deve levar à abstinência (Câmara Federal, 2013).

O que o projeto de lei parece desconsiderar é que nem sempre o uso de drogas está diretamente relacionado à falta de oportunidades e que mesmo garantindo o mínimo necessário para que um cidadão possa se sentir inserido na sociedade, isso não garantirá que ele vai parar de fazer uso delas ou que se atingirá o ideal, perseguido há décadas, de uma sociedade livre das drogas conforme os legisladores parecem acreditar. Além disso, a prática de recolhimento involuntário permitida pelo projeto aos servidores públicos da área de saúde, assistência social e órgãos públicos ligados ao Sisnad, exceto a área de Segurança Pública, permitirá que práticas higienistas acabem acontecendo pela simples associação entre vulnerabilidade social, uso de drogas e desqualificação moral e social desses sujeitos, estimulando ainda mais a intolerância social em relação a essas situações e a essas pessoas, que passam a ser consideradas criminosas e perigosas simplesmente por existir (Câmara Federal, 2013).

Essa articulação entre a justiça, a saúde e a assistência social pretendida pelo projeto mesmo cheia de boas intenções guarda certo resquício do que se viu no capítulo um quando foi criada a liga de higiene mental no Brasil (Pacheco, 2009; Tenório, 2002), a diferença é que a preocupação deixou de ser o louco e passou a ser o usuário de drogas, representado agora, assim como o louco outrora já fora, como alguém que é irresponsável, perigoso,

imprevisível e improdutivo (Pacheco, 2009). A mesma necessidade que a liga de higiene mental tinha de trabalhar preventivamente evitando o cruzamento entre sub-raças para diminuir a probabilidade de aparecimento da loucura entre a população brasileira (Pacheco, 2009; Tenório, 2002), o discurso psiquiátrico parece ter, hoje, ao afirmar categoricamente sobre os prejuízos causados pelas drogas e o aumento da probabilidade do desenvolvimento de doença mental em decorrência de sua utilização. E assim como contribuiu para que o preconceito com o negro, mestiço, pobre e imigrante se alastrasse naquela época em decorrência desse temor (Pacheco, 2009; Tenório, 2002), o mesmo está fazendo agora com os usuários e dependentes de drogas, embora o Conselho Federal de Psicologia venha alertando que as razões para tal proibicionismo mundial extrapolam o campo estrito da saúde e venha afirmando que há inúmeras pesquisas que discordam do grau de risco atribuído as substâncias ilícitas, mostrando à sociedade que há certa dose de arbitrariedade na escolha das substâncias que se convencionou categorizar como ilícitas (Conselho Federal de Psicologia, 2013a).

Foucault (1997) ao se referir à família dos anormais, que amedrontou as pessoas no final do século XIX fez questão de mencionar que seu surgimento não caracterizou apenas uma fase triste da psicopatologia, mas que a criação se deu com a colaboração de uma série de instituições de controles juntamente com uma série de mecanismos de vigilância e distribuição e que após seu surgimento logo passaram a ficar sob a categoria denominada “degenerescência”, termo que passou a subsidiar uma série de pesquisas irrelevantes, mas que tiveram efeitos severamente reais. Lembrando que o grupo dos anormais se formou a partir da noção de monstro humano, do indivíduo a corrigir e da interdição (ananista). No caso das drogas os dois primeiros parecem ser mais pertinentes para serem esmiuçados nessa análise, embora se encaixem mais facilmente entre os “incorrigíveis”, principais responsáveis historicamente pelo estabelecimento das técnicas de disciplina envolvendo o adestramento do corpo, do comportamento e das aptidões daqueles que fogem à norma (Foucault, 1997).

A noção de monstro humano está atrelada totalmente a noção de lei, mas lei no sentido amplo da palavra, pois essa pessoa viola não apenas as leis dos homens, mas também as leis da natureza. E cita como exemplo tanto a figura do ser meio-homem, meio-besta, valorizadas na Idade Média, quanto o das individualidades duplas, valorizadas na fase renascentista e os hermafroditas, que causaram transtorno nos séculos XVII e XVIII, todos eles não violaram apenas as leis naturais, mas causaram desconforto as regularidades jurídicas de seu tempo. O surgimento do monstro e de seu afastamento natural em relação às leis da natureza, ao mesmo tempo, que o afasta do que determina a lei jurídica, não pode apagar os efeitos dessa transgressão, o que propiciará a evolução da perícia médico-legal desde a utilização do que era considerado ato monstruoso até o surgimento da noção de indivíduo perigoso amplamente utilizado em nossa sociedade até os dias atuais. Foi partindo daí que se criou uma relação direta entre doença e infração penal (Foucault, 1997).

Associação amplamente contemporânea em relação aos usuários de drogas ilícitas.

Já em relação aos indivíduos a corrigir, Foucault (1997) afirma que seu surgimento é mais recente e se deu, concomitantemente, ao aparecimento dos procedimentos disciplinares desenvolvidos durante os séculos XVII e XVIII no exército, nas escolas e posteriormente, na própria família, como o objetivo de adestrar o corpo, o comportamento e as aptidões. Foi a partir desse momento que as pessoas que não se submetiam a essa normatividade, não mais baseada na lei, mas na norma, passaram a constituir um grande problema para a sociedade (Foucault, 1997).

Em relação à interdição, Foucault (1997) a classificava como uma medida judiciária que desqualificava parcialmente o indivíduo como sujeito de direito. Afirmando que tal medida será em parte substituída e em parte preenchida pelo conjunto de técnicas destinadas a disciplinar quem tenta resistir e a corrigir os incorrigíveis. Onde o enclausuramento empregado em massa a partir do século XVII pode ser utilizado como exemplo situado entre

as características negativas do procedimento da interdição civil e as características positivas dos procedimentos disciplinares, pois, ao mesmo tempo, que exclui de fato e funciona fora das leis, faz isso visando à correção, o arrependimento e o retorno dos sentimentos bons no sujeito. Foi partindo disso que novas instituições de adestramento e as categorias para as quais se destinaram começaram a surgir, entre elas, as relacionadas à cegueira, mudez-surdez, aos imbecis, aos nervosos, desequilibrados e retardados (Foucault, 1997).

Qualquer semelhança entre o enclausuramento em massa realizado no século XVII e o realizado pelas comunidades terapêuticas dispensado aos usuários de drogas pelo visto não é mera coincidência, tem os mesmos objetivos: disciplinar os corpos, corrigir, provocar o arrependimento e fazer retornar aos sentimentos bons. Mesmo aparentemente “concedendo” direitos e não sendo, a princípio, tão opressora quanto uma internação em hospital psiquiátrico já fora no passado, essas medidas propostas pelo novo projeto de lei visam à mesma coisa que as praticadas no passado: ter o poder e o controle total sobre o comportamento do estigmatizado. Ao menos é o que sutilmente sugere o projeto de lei (Foucault, 1997; Câmara Federal, 2013).

Lembrando que quando se acredita que alguém é possuidor de um estigma, imagina-se que esse alguém não é completamente humano. O que acaba por legitimar uma série de discriminações que repercutirão, de modo negativo, na vida do sujeito. A característica principal da pessoa estigmatizada é que ela não consegue, muitas vezes, aceitar a si mesma e ser aceita pelas pessoas com as quais se relaciona no seu cotidiano, pois o seu estigma se sobressai acima de suas qualidades. Isso faz com que, muitas vezes, o estigmatizado tente corrigir seu(s) “defeito(s)” de modo direto ou indireto, seja se submetendo a uma cirurgia, fazendo terapia, ou se sobressaindo diante dos demais para compensar e provar sua “igualdade” em relação aos demais (Goffman, 1988).

O projeto de lei criou um artigo para fazer constar na legislação vigente quem faz parte do Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas, estabelecendo o CONAD como órgão normativo e de deliberação coletiva do sistema, conforme já fora estabelecido pelo Decreto nº 5.912/06, mantendo-o vinculado ao Ministério da Justiça, conforme a redação dada pelo Decreto nº 7.426/10 assim já determinava. Além desse órgão, integram o SISNAD: a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, descrita no mesmo decreto nº 5.912/06, como Secretaria Nacional Antidrogas e com atribuição de secretaria-executiva do colegiado, atribuição que fora suprimida do novo projeto; órgãos governamentais de políticas sobre drogas; órgãos públicos envolvidos com a repressão à produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas; comunidades terapêuticas acolhedoras, definidas como pessoas jurídicas, sem fins lucrativos e; por fim, organizações, instituições ou entidades que trabalhem com o usuário ou dependente de drogas e seus respectivos familiares, oferecendo assistência social ou atenção à saúde. Abrindo a possibilidade dos Conselhos de Políticas sobre Drogas Estaduais, Municipais e do Distrito Federal também virem a fazer parte, por meio de adesão, do Sisnad (Brasil, 2006a; Brasil, 2006b; Câmara Federal, 2013).

O que não fica claro é a necessidade de se introduzir um artigo na lei quando já existe um decreto que especifica quem faz parte do Sisnad e muito menos o porquê de se criar um inciso específico para que as Comunidades Terapêuticas pudessem oficialmente compor o Sisnad, pois este mesmo decreto, de nº 5.912/06, já afirma, assim como o próprio projeto também o faz, que todas as instituições que trabalham voltadas para a prestação de serviços à saúde do usuário ou dependente de drogas ou lhes ofereçam assistência social, não só a eles, mas aos seus respectivos familiares, também fazem parte do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre drogas. O que fica evidente é que o projeto de Lei de alguma forma quis resguardar as Comunidades Terapêuticas como possibilidade de intervenção junto aos usuários e dependentes de drogas, mesmo estas sendo algumas vezes bastante criticadas por

alguns setores da sociedade por sua falta de critérios técnicos e conhecimentos científicos para lidar com a questão (Brasil, 2006a; Brasil, 2006b; Câmara, 2013).

O relatório publicado pelo Conselho Federal de Psicologia recentemente sobre locais de internação para usuários de drogas expõe claramente como os Direitos Humanos dos dependentes químicos são facilmente violados pelas comunidades terapêuticas. Instituições que, a princípio, deveria zelar pela integridade física dos usuários e promover maior exercício de sua cidadania. Tal iniciativa se mostrou extremamente oportuna, pois se mostra destoante do discurso hegemônico estabelecido de que as drogas são nosso principal problema social e que a epidemia do crack só poderá ser solucionada com medidas que assegurem o retorno da segregação como modo de tratar o suposto problema (Conselho Federal de Psicologia, 2011).

As internações deveriam ser exceções, sendo o melhor tratamento aquele que respeita a liberdade individual de cada cidadão e o mantém inserido em seu contexto familiar e social. Porém, o que se observa é que mesmo naquelas instituições que, a princípio, dizem trabalhar apenas com internações voluntárias, na prática, percebe-se que existe a tentativa de dissuadir, através da conscientização de um possível aumento da fragilidade, do medo e da intimidação, quem porventura muda de ideia ao longo do tratamento e resolve desistir, configurando desrespeito à adesão pessoal necessária ao sucesso do tratamento. Ao ler o relatório o que chama atenção na maioria das 68 instituições vistoriadas em quase todo Brasil, além da falta de fiscalização pelo poder público, é claro, é a falta de infraestrutura, física inclusive, para cumprir a finalidade que a internação se propõe, ou seja, tornar o usuário menos dependente das drogas e com maior autocontrole e poder de decisão sobre sua vida. O objetivo do tratamento passa a ser o mero encarceramento de pessoas (Conselho Federal de Psicologia, 2011).

É preciso lembrar que as comunidades terapêuticas a exemplo das instituições totais se caracterizam pela quebra da rotina anterior do internado, marcada pela diversidade de

contextos, de relações pessoais e de subordinação a uma gama de autoridades. E que a partir do momento em que se encontra inserido em um contexto institucional, sob o comando de uma única autoridade responsável, todas as suas atividades diárias são exercidas em um mesmo lugar, de maneira pré-estabelecida, seqüencial e programadas para durar um determinado tempo, supervisionadas por um grupo de funcionários e de regras previamente fixadas e acompanhadas por um grupo de pessoas que são tratadas da mesma forma e obrigadas a fazerem as mesmas coisas. Toda programação imposta passa a fazer parte de um plano racional que visa atingir os objetivos oficiais da instituição (Goffman, 1999; Conselho Federal de Psicologia, 2011).

O que se percebe é, muitas vezes, uma vinculação religiosa atrelada ao tratamento. A substituição de uma dependência por outra. Além de todas as implicações ao tratamento que a adoção de tal medida pressupõe, ela fere o caráter republicano e laicidade que regem as políticas públicas e o direito do usuário ter ou não uma religião ou querer ou não se vincular a uma prática religiosa, além de constituir infração do código de ética por parte do psicólogo que compactua com tal prática. A dependência química ainda é tratada nesses locais como um problema moral, devendo ser controlada com rigor e imposição de novos valores. É encarado dessa forma devido ao estigma de criminalidade associado ao uso de drogas. Por isso a disciplina dos corpos e das tarefas do dia a dia faz parte do projeto de recuperação dos internos e lembra muito as instituições totais (Conselho Federal de Psicologia, 2011; Goffman, 1999).

Não existe uma metodologia científica para nortear os trabalhos dessas instituições, mas a maioria adota um ou mais dos seguintes mecanismos: 12 passos dos alcoólicos e narcóticos anônimos, a abstinência total, a oração e a espiritualidade ligada a uma religião e a “laborterapia”. A falta de uma metodologia científica pode estar facilitando a ocorrência de violações de direitos dos internos, pois lendo o relatório foi possível perceber os excessos

provocados e respaldados pela convicção religiosa e moral dos dirigentes e executores das instituições (Conselho Federal de Psicologia, 2011).

Práticas como interceptação e violação de correspondências, retenção dos documentos de identificação, proibição de aparelhos celulares, imposição da abstinência total de drogas lícitas e ilícitas (não reconhecimento da redução de danos), violência física, castigos, espaços de isolamento, torturas, exposição a situações de humilhação, imposição de credo, tratamento indistinto para adolescentes e adultos (configurando violação ao Estatuto da Criança e do Adolescente), exigência de exames clínicos, entre eles, o de HIV (prática inconstitucional), intimidações, desrespeito à identidade de gênero, à orientação sexual e ao seu livre exercício (percebem a homossexualidade como doença ou possessão), adoção da abstinência sexual como recurso legítimo a ser utilizado para se atingir a “cura” proposta, visitas monitoradas, restrição de visitas, revista vexatória de familiares, violação de privacidade e restrição de acesso à informação pelos meios de comunicação (apenas programas religiosos) fazem parte da rotina de procedimentos da maioria esmagadora das comunidades terapêuticas pesquisadas e, muitas vezes, não chegam ao conhecimento público (Conselho Federal de Psicologia, 2011).

Entre as práticas punitivas provocadas em decorrência de alguma violação das regras das instituições por parte dos usuários está a dos internos serem obrigados a cavar buracos onde seriam enterrados até o pescoço, de beber água de vaso sanitário, de receber refeições elaboradas com produtos estragados e de sofrer agressões físicas, recursos que mais lembram prisões do que estabelecimentos de saúde pública. Esses são só alguns dos exemplos estarreadores praticados por essas instituições que pretendem oferecer saúde mental, mas que contraria explicitamente o que é proposto pela reforma psiquiátrica, ou seja, a criação de espaços que substituíssem à lógica manicomial (Brasil, 2001; Basaglia, 1985; Conselho Federal de Psicologia, 2011; Goffman, 1999; Pitta, 2001;).

Tais práticas não contribuem para a autonomia e responsabilização dos internos pelas suas escolhas e, conseqüentemente, por suas vidas, mas, simplesmente, lhes impõe uma maneira de pensar subserviente aos ideais religiosos e à disciplina como sinônimo de saúde mental (Conselho Federal de Psicologia, 2011). Além de ir de encontro ao que se entende, atualmente, por Reabilitação Psicossocial. Que pode ser representada por um conjunto de programas e serviços que tem como finalidade facilitar a vida das pessoas com problemas severos e duradouros, Visando restaurar a autonomia do sujeito perante a comunidade, enfatizando suas potencialidades e oferecendo suporte vocacional, residencial, social, recreativo e educacional, ajustados a necessidade de cada sujeito e situação apresentada (Pitta, 2001). Para a Organização Mundial de Saúde a Reabilitação Psicossocial envolve um conjunto de atividades que maximizam oportunidades e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças através do fortalecimento das potencialidades individuais, dos laços familiares e comunitários. A Reabilitação Psicossocial pode ser entendida como a oferta de todas as possibilidades de tratamento que estejam disponíveis, visando chegar onde o paciente desejar, e não onde a equipe previamente estabeleceu como ideal. Para que a Reabilitação ocorra é necessário oferecer tratamento contínuo, já que uma coisa é indissociável da outra (Pitta, 2001).

Esse novo projeto acrescenta artigos na Lei 11.343/06 para definir competências relacionadas a políticas sobre drogas às três esferas de poder dentro da República Federativa do Brasil. Dessa forma, a União, os Estados e o Distrito Federal e os Municípios passam a ter responsabilidades específicas na sua área de atuação. À União, resumidamente, pode-se dizer que cabe a responsabilidade de “coordenar o próprio SISNAD” e atuar em tudo que diz respeito à política sobre drogas na esfera federal como, por exemplo, coordenar e executar a Política Nacional sobre Drogas no país, criar e manter cadastro dos órgãos que fazem parte do SISNAD, criar e manter sistema de informação, avaliação e gestão das políticas públicas e

elaborar o Plano Nacional de Política sobre Drogas com a colaboração dos demais entes federados e a sociedade (Brasil, 2006a; Câmara Federal, 2013).

Cabendo agora também a cada ente federativo elaborar seu Plano de Políticas sobre drogas, logicamente em consonância com as esferas superiores, nos casos dos planos elaborados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios. Estes ainda ficam obrigados a fornecer dados e informações para o Sistema de Informação, Avaliação e Gestão das Políticas sobre Drogas a ser instituído pela União. Passam também a ter Conselho de Políticas sobre Drogas ficando sob responsabilidade de cada um instituí-los e mantê-los (Câmara Federal, 2013).

Lembrando que duas das principais funções desses Conselhos são: “auxiliar na elaboração de políticas sobre drogas” e propor políticas públicas que possibilitem ao usuário ou dependente de drogas, dentro do ente federado do qual faz parte, se sentir integrado novamente à sociedade em todas as instâncias que fazem parte da vida de qualquer cidadão. O Conselho de Políticas sobre Drogas seria como uma espécie de órgão auxiliar que contribuiria para que as políticas públicas voltadas para a questão das drogas fossem implantadas e tivessem êxito (Câmara Federal, 2013). Cabe perguntar se todas as pessoas que fazem uso ou são dependente de drogas se sentem ou se vêm alijadas da sociedade e nos casos de uma resposta afirmativa, quais foram os motivos que as afastaram e se querem voltar a fazer parte dela.

Os Estados, Distrito Federal e Municípios passarão também a ser obrigados a oferecer à população circunscrita a sua esfera de poder programas voltados para prevenção, sem negligenciar os destinados para acolhimento, tratamento e reinserção social e econômica. O novo projeto também abre espaço para inserir na Lei 11.343/06 uma série de objetivos que os futuros Planos Nacionais de Políticas sobre Drogas deverão priorizar na hora de ser formulado pela União em colaboração com os demais entes federativos e a sociedade. Um

desses objetivos resume bem a ideia contida nos outros, pois visa basicamente proporcionar maior articulação e interdisciplinaridade entre os programas e ações ligados às mais diversas áreas de atuação desenvolvidas tanto na esfera pública quanto na esfera privada, abrangendo desde as áreas de saúde, trabalho, educação e habitação até as áreas de cultura, lazer, esporte e assistência social, utilizando-os como recursos para promover a prevenção, oferecer atenção e proporcionar reinserção social e econômica ao usuário ou dependente de drogas (Brasil, 2006; Câmara Federal, 2013).

Toda essa articulação é muito interessante e necessária, mas aplicada dentro do contexto da justiça e ligada à punição recebida pelo usuário por fazer uso de drogas deixa de fazer sentido, ao mesmo tempo, dá a sensação de que, o que deveria ser garantido como direito a todos está sendo oferecido como moeda de barganha, em troca da abstinência do uso da droga. Nesses objetivos propostos parece estar subjacente a idéia de que reinserindo socialmente os pobres é possível erradicar do país todo tipo de droga ilícita ou, ao menos, diminuir sua circulação, sendo que essa segunda opção, realmente, pode acontecer, mas não precisaria ser algo estabelecido através da esfera judiciária, de forma punitiva. Deveria haver outras formas de convencimento, que não a coação, talvez, uma aproximação real entre a área de saúde e o usuário ou dependente de drogas possa lançar luz sobre essas outras possibilidades.

Também está entre os objetivos promover a articulação entre saúde, justiça e assistência social para combater o abuso de drogas, fato inédito na legislação brasileira; desenvolver a autonomia do usuário e dependente de drogas estimulando todas as formas de trabalho, inclusive as de caráter coletivo como as cooperativas e as redes de economia solidária; estimular a criação de centrais de atendimento para repassar informações sobre drogas e fornecer as primeiras orientações aos usuários e dependentes; e o mais importante, solicitar a criação de políticas públicas que façam sair do papel os princípios e diretrizes

elencados no artigo 22 da Lei 11.343/06, que garantam ao usuário do sistema ter um atendimento multiprofissional e de qualidade, sem ser discriminado por ser usuário ou dependente de drogas. Estabelecendo prazo de cinco anos para que cada Plano Nacional permaneça em vigor (Câmara federal, 2013). Cabe perguntar que tipo de autonomia se desenvolverá com esse tipo de iniciativa, se com ele, ao mesmo tempo, se reedita mecanismos de vigilância e reabilitação, outrora, desenvolvidos entre os campos do saber jurídico, psicológico e psiquiátrico (Conselho Federal de Psicologia, 2013a).

Já o sistema de informação, avaliação e gestão das políticas públicas instituído e mantido pela União terá como objetivo coletar dados e informações para subsidiar novas decisões governamentais ligadas à área; poder acompanhar os programas, projetos e ações já implementados com a finalidade de averiguar sua eficácia para, ao mesmo tempo, estabelecer metas, eleger prioridades e até mesmo aperfeiçoar as falhas encontradas, mas agora sem aplicar qualquer espécie de sanção a quem não for bem avaliado. É responsabilidade desse sistema criado pela União elaborar também os instrumentos de avaliação capazes de mensurar não só a qualidade dos serviços que estão sendo oferecidos à sociedade como também os gestores e operadores que os estão executando (Câmara Federal, 2013).

O que precisaria ficar claro e não está, é o que se entende por sucesso e falhas decorrentes da execução das políticas nas ações, projetos e programas oferecidas ao usuário e dependente de substâncias químicas. Quem lê o projeto tem a ideia de que sucesso seria apenas os resultados que levassem à abstinência da substância utilizada pelo assistido; já as falhas, imagina-se que seriam os obstáculos que impedem o usuário de chegar a essa conclusão ou se manter firme nela. O que a princípio pode se configurar como uma medida de maior controle dos gastos públicos, ao mesmo tempo, pode também esconder uma medida autoritária do Estado de querer forçar um determinado padrão de comportamento a quem por direito deveria ser livre para escolher o que acha melhor pra si (Câmara Federal, 2013). Sem

dizer que tal propósito contraria as diretrizes estipuladas na Política Nacional sobre drogas, em 2005; na Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, em 2003; e na própria lei 11.343/06 que reconhece a prática de redução de danos como estratégia interessante para promoção da saúde do usuário ou dependente de drogas (Brasil, 2005/2006a; Santos & Oliveira, 2013).

Uma medida, proposta pelo projeto de lei, que poderia ser considerada preventiva, mas que também pode ser completamente estigmatizante para o usuário ocasional de drogas é a instituição da Semana Nacional de Política sobre drogas, que acontecerá na última semana do mês de junho, pois, ao mesmo tempo, que ela tem como finalidade transmitir informações sobre os problemas decorrentes das drogas; poder divulgar para a sociedade projetos e programas bem sucedidos nos mais variados aspectos da atenção, seja ele na área de prevenção, acolhimento, tratamento ou reinserção social; abrir a possibilidade para se debater sobre as políticas sobre drogas adotadas no país, ela também tem entre seus objetivos convocar toda sociedade para participar da prevenção e enfrentamento do uso das drogas (Câmara Federal, 2013).

A pergunta que fica é, até que ponto essa mesma medida não poderia contribuir ainda mais para que o usuário seja estigmatizado e sofra ainda mais discriminação por parte da sociedade por fazer uso de uma substância que escolheu usar. Até que ponto essa medida não contribui para que os usuários se sintam e, de fato, sejam mais excluídos da sociedade brasileira como cidadãos de direito por não compactuarem dos mesmos valores que a maioria. Até que ponto esse discurso cheio de boas intenções não é um discurso opressor baseado apenas no critério moral e no discurso médico-psiquiátrico, que historicamente é um discurso bastante opressor a tudo que não é estabelecido como normal. Que espaços serão destinados dentro dessa Semana Nacional de Políticas sobre Drogas para que os usuários que optarem por continuar fazendo uso dessas substâncias possam falar sobre suas experiências,

possam desconstruir preconceitos e, ao mesmo tempo, possam brigar pela possibilidade de o Brasil passar a adotar uma política sobre drogas mais liberal em relação a algumas drogas de menor efeito nocivo (Câmara Federal, 2013).

Na opinião da sub-procuradora-geral da República, Ela Castilho, é necessário dar voz aos usuários de drogas quando se pensa em políticas públicas relacionadas ao tema, pois só através do contato direto com eles é possível a diminuição do preconceito e o aumento da percepção de que a maioria deles está integrado à sociedade, desconstruindo a ideia propagada pela mídia de que o usuário de drogas seja alguém que sempre representa um perigo potencial à sociedade e que dependência esteja estritamente relacionada a drogas como o crack e a cocaína (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

3.3.2 – Discriminação, preconceito e exclusão social do usuário e dependente de drogas ilícitas.

O texto do projeto renomeia o capítulo II da Lei 11.343/06 para “das atividades de prevenção, tratamento, acolhimento e reinserção social e econômica de usuários ou dependentes de drogas” e acrescenta mais quatro incisos ao artigo 22 da Lei 11.343/06, que trata sobre os princípios e as diretrizes que devem ser observados no momento de oferecer atividades de atenção e reinserção social ao usuário ou dependente de drogas (Brasil, 2006a; Câmara Federal, 2013).

O foco desses novos incisos foi fomentar a qualificação profissional e técnica do usuário através da criação de políticas públicas voltadas para garantir oportunidade de reinserção social pelo trabalho e pela educação continuada; exigir o cumprimento do plano individual de atendimento conforme está sendo sugerido pelo projeto de lei e que de forma discreta e não totalmente compatível, já consta na própria Lei 11.343/06, no próprio artigo 22, inciso III; estabelecer que os usuários ou dependentes devem ser “adequadamente”

orientados sobre as consequências lesivas de sua escolha em fazer uso de drogas (Brasil, 2006a; Câmara Federal, 2013).

Já que o projeto aposta em educação para combater as drogas, vale a pena mostrar como a educação poderia ser utilizada de forma diferente quando o tema é drogas. À exemplo de Paulo Freire (1921-1997), Gilberta Acselrad, mestre em educação, propõe a educação para a autonomia em oposição à educação bancária como uma possibilidade de combater a política proibicionista instalada em nosso país. O modelo de educação bancária é aquele onde o educador recorre à biblioteca para adquirir os conhecimentos que posteriormente repassa aos alunos, cabendo a estes apenas a obrigação de memorizá-los, alijando o pensamento crítico e a experiência de vida que cada um traz a respeito do que se pretende ensinar. Já a educação para a autonomia pretende desenvolver o pensamento crítico, o autocuidado e o senso de coletividade dos educandos, ensinando-lhes a pensar através da desconstrução de mitos e meias verdades a respeito do que já está dado (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

Relacionando o que foi dito às drogas, Gilberta Acselrad acredita que isso significaria desconstruir algumas ideias em voga: de que toda experiência com a droga leva à dependência, de que os efeitos provocados no sistema nervoso central pelas drogas dão-se de forma igualmente dramática e grave para todos os usuários, de que existe uma epidemia a qual se deve combater e de que diferenças sociais como cor e condição social não interferem no momento da aplicação da lei, mas, ao mesmo tempo, tendo a cautela de não glamourizar a condição de usuário, vendo-o como sujeito de direitos e deveres como qualquer outro cidadão. Na sua avaliação, a sociedade precisa aprender a conviver com as drogas, pois estas sempre estiverem presentes ao longo da história da humanidade e não será o discurso que prega a abstinência que conseguirá eliminá-las de circulação. Caberia ao sujeito decidir se vai ou não experimentar algum tipo de droga e como irá fazê-lo; e ao Estado, garantir

informações, controlar sua elaboração e qualidade assim como oferecer tratamento aos que queiram ou se sintam prejudicados por elas (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

A importância conferida à educação e ao trabalho como agentes transformadores foi tão grande que o projeto de lei fez questão de criar um artigo para afirmar que todos os usuários atendidos pelos integrantes do SISNAD terão oportunidades de se qualificarem profissionalmente seja através de programas de educação profissional e tecnológica, seja retornando aos estudos ou até mesmo se alfabetizando. Isso fica novamente enfatizado quando se cria outro artigo estabelecendo que todas as licitações públicas que possam gerar mais de 30 postos de trabalho destinem 3% das vagas ofertadas para as pessoas atendidas pelas políticas sobre drogas, que as preencherão se atenderem aos requisitos que a empresa exige, se estiverem cumprindo seu plano individual de atendimento, se estiverem abstêmio das drogas e se aceitarem “cumprir rigorosamente as normas da empresa”. Deixando claro que tanto o órgão do SISNAD que selecionará o candidato para a vaga quanto a própria empresa que o contratar serão os responsáveis por atestar se o usuário estará ou não cumprindo seu plano de atendimento individual, leia-se estará longe das drogas (Câmara Federal, 2013). O que parece instituir uma vigilância permanente sobre a conduta do usuário ou dependente de drogas e ir de encontro com o Estado de Direito, ampliando ainda mais o leque de responsáveis pela vigilância e reabilitação do usuário, outrora, restrito apenas aos campos jurídicos, psicológicos e médicos (Conselho Federal de Psicologia, 2013a).

Além de ter o mesmo vício que todas as outras medidas propostas pelo projeto por ainda manter o modelo proibicionista, essa medida precisará ser acompanhada de perto na sua implantação, pois da mesma forma como pode contribuir para reinserção do usuário ou dependente de drogas, pode gerar sentimento de injustiça na população como um todo, aumentando ainda mais o preconceito contra quem é usuário ou dependente de drogas. Outra coisa que precisará ser observada de perto é se da forma como foi pensada essa medida não

reproduzirá as injustiças sociais encontradas em nosso país, já que teoricamente quem é mais abastado teria mais chances de ocupar essas vagas inicialmente, visto a necessidade do usuário ou dependente preencher os pré-requisitos necessários para ocupá-las. Além disso, essa medida pode ser interpretada como um grande estímulo a quem tinha vontade e nunca teve coragem de experimentar ou até mesmo nunca tinha pensado na possibilidade de fazer isso antes (Câmara Federal, 2013).

O projeto faz questão de reafirmar que o tratamento do usuário ou dependente será realizado na rede de saúde, preferencialmente, em atendimento ambulatorial e, excepcionalmente, através de alguma das modalidades de internação, que deverá ocorrer em unidades de saúde ou em hospitais gerais, sendo que todas essas modalidades de tratamento deverão ser articuladas ao serviço de assistência social (Câmara Federal, 2013). Todas essas medidas estariam em feita consonância com a Lei da reforma psiquiátrica se não estivessem sendo estipuladas a partir de um tratamento “forçado” pela justiça. Como se pode perceber, é sutil a diferença entre garantir direitos e violá-los.

O trabalho a ser desenvolvido pela rede de saúde conjuntamente com o serviço de assistência social junto aos usuários ou dependentes de drogas deverá oferecer atenção, mas sem menosprezar ações preventivas que atinjam toda população, oferecer atendimento individualizado tanto ao usuário quanto ao dependente, privilegiando a abordagem preventiva, e quando necessário, ambulatorial, seguindo protocolo de atendimento pautado em critérios técnicos e científicos a serem estabelecidos futuramente pela União; promover a reinserção social dos usuários ou dependentes de drogas através da articulação com programas e projetos que ofereçam educação, cursos profissionalizantes, atividades desportivas e culturais, respeitando sempre suas habilidades e projetos de vida. Além de, é claro, permitir que os resultados possam ser acompanhados de forma articulada pelo SUS, SUAS e SISNAD (Câmara Federal, 2013).

O projeto faz questão de reafirmar em parágrafo a parte que a internação só ocorrerá em unidades de saúde ou hospitais gerais que possuam uma equipe multidisciplinar preparada para lidar com o dependente químico e que só ocorrerá com autorização de um médico devidamente registrado no Conselho Federal de Medicina, conforme determina a Lei 10.216/01. No projeto só permaneceram dois tipos de internação, a voluntária e a involuntária, sendo que a internação voluntária está descrita de forma semelhante ao que está descrito na Lei da Reforma Psiquiátrica, já a internação involuntária nesse caso pode ser solicitada por familiar, representante legal ou por servidores públicos das áreas de Saúde, Assistência Social e Órgãos Públicos vinculados ao SISNAD, exceto os da área de Segurança Pública. O texto do projeto estabelece que a internação involuntária ocorrerá apenas quando os servidores dessas respectivas áreas tiverem motivos suficientes para justificar tal medida (Câmara Federal, 2013) O que, sem dúvida, abre espaço para arbitrariedades e favorece práticas higienistas.

A internação involuntária só ocorrerá depois da decisão do médico responsável e será subsidiada por uma avaliação, que determinará qual tipo de droga está sendo utilizado, o padrão de uso adotado e na impossibilidade do tratamento não poder ser realizado através de outros meios encontrados na rede de atenção. Terá um período de no máximo 90 dias e a família ou representante legal poderá interrompê-la a qualquer momento, bastando solicitar ao médico que assim o faça. O projeto exige que todos os tipos de internação sejam comunicados em até 72 horas ao Ministério Público, Defensoria Pública e demais órgãos de fiscalização mediante um “sistema informatizado único”, que, pelo foi possível depreender, seria o sistema de informação, avaliação e gestão das políticas públicas, mencionado anteriormente (Câmara Federal, 2013).

Apesar de garantir o sigilo, admitir o acesso somente a pessoas autorizadas para consultar essas informações e advertir sobre a possibilidade de responsabilização, na prática,

a nova redação não estabeleceu nenhuma espécie de punição específica para quem venha a quebrar o sigilo ou permitir o acesso a pessoas não autorizadas como o texto inicial fazia. A redação final do projeto ao utilizar a expressão “observar, no que couber, o previsto na Lei nº 10.216” admite a possibilidade de contrariá-la no planejamento e execução de projetos terapêuticos individuais quando isso se fizer necessário, o que inclui os relacionados a qualquer tipo de internação (Câmara Federal, 2013). O que abre brecha para futuras violações aos direitos garantidos aos portadores de transtornos mentais elencados na Lei 10.216/01 (Brasil, 2001a).

O texto da redação final para quem não está familiarizado com as legislações relacionadas ao tratamento que deve ser oferecido ao usuário ou dependente de drogas pode parecer confuso em relação à internação em comunidades terapêuticas, pois, ao mesmo tempo, em que afirma que fica proibido qualquer espécie de internação em comunidades terapêuticas, também, estabelece que o “acolhimento” realizado por elas se caracteriza por oferta de projetos terapêuticos destinadas aos usuários ou dependentes de drogas que visam à abstinência, exigindo que a vinculação e a permanência deles nessas instituições ocorram de maneira voluntária e por escrito, sendo entendida como um período transitório para reinseri-los, posteriormente, no meio social e econômico (Câmara Federal, 2013).

Ora, imagina-se que se o tratamento visa à abstinência, se é preciso formalizar por escrito sua adesão e permanência, independente do nome que se queira adotar para isso, internação ou “acolhimento”, essa prática se configuraria mais como uma espécie de internação. Acontece que pelo fato das comunidades terapêuticas estarem inseridas dentro do modelo psicossocial de atenção e não fazerem parte dos equipamentos de saúde não se pode ter esse entendimento. Independentemente disso, o fato é que muitas práticas utilizadas por essas instituições poderiam ser classificadas de maneira semelhante as que são praticadas por

instituições de características asilares, o que é expressamente proibido pela lei da reforma psiquiátrica brasileira (Brasil, 2001a).

O texto da redação final não esclarece às comunidades terapêuticas que tipo de projeto é preciso oferecer aos usuários ou dependentes de drogas para que se possa considerá-lo terapêutico, muito menos, quais critérios serão utilizados para averiguar sua respectiva qualidade. O texto não aprofunda nesse tema, apenas afirma que posteriormente a SENAD confeccionará normas de referência que definirão aspectos sobre o funcionamento e cadastramento das comunidades terapêuticas (Câmara Federal, 2013).

É preciso dizer que não é por falta de regulamentação que as comunidades terapêuticas vêm cometendo as infrações que foram denunciadas em relatório publicado recentemente pelo Conselho Federal de Psicologia sobre locais de internação para usuários de drogas, pois a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) elaborou a Resolução da Diretoria Colegiada – rdc nº 101, em 2001, com o objetivo de estabelecer critérios mínimos para regulamentar os serviços que se enquadrassem no modelo psicossocial, conhecidos também como comunidades terapêuticas, definidas pela própria resolução como “lugar cujo principal instrumento terapêutico é convivência entre os pares”. É necessário lembrar que pelo fato das comunidades terapêuticas estarem enquadradas no modelo psicossocial o tratamento oferecido aos seus usuários não pode ser considerado internação, já que não é de caráter hospitalar. Apenas isso já é suficiente para demonstrar o tamanho da importância dessa resolução no que diz respeito ao estabelecimento para esse setor dos avanços recém-conquistados pela reforma psiquiátrica no desmantelamento do modelo hospitalocêntrico. Essa resolução tinha como objetivo melhorar a qualidade da atenção oferecida a pessoas com transtornos decorrente do uso e abuso de substâncias químicas que fizessem uso desse modelo de atenção. Essa primeira regulamentação, apesar de já ter sido revogada pela Resolução da Diretoria Colegiada – rdc 29, de 30 de junho de 2011, mostrou-se bem mais

exigente quando comparada a atual, pois sofreu influências de vários setores da sociedade, entre eles, Senad, Saúde Mental, haja vista ter sido publicada no mesmo ano da Lei 10.216/01, e do relatório confeccionado pelo 1º Fórum Nacional Antidrogas realizado em 1998 (Brasil, 2001a/2001c/2011).

Entre suas peculiaridades constavam: a classificação dos diversos perfis dos candidatos que poderiam se apresentar para fazer uso desse tipo de serviço, tendo como referência os diferentes graus de adesão e manutenção do tratamento; de comprometimento biológico; de comprometimento psíquico; de comprometimento social, familiar e legal, classificando-os numa escala que variava entre leve, moderado e grave. Tornava bem claro os critérios de elegibilidade para a admissão do candidato na instituição, onde os únicos fatores impeditivos era possuir comprometimento grave no aspecto orgânico ou psicológico, ou em ambos. Situação que deveria ser encaminhada para outras modalidades de atenção.

Mencionava que os critérios de adesão, de manutenção do tratamento e do comprometimento social, familiar e legal, independente de serem considerados leves, moderados ou graves, não impediriam ninguém de permanecer nessas instituições desde que a adesão fosse de caráter voluntário e que o sujeito passasse pela avaliação diagnóstica, clínica e psiquiátrica conforme a resolução determinava. E que se fizesse constar em ficha individual dos beneficiados pelo serviço todas as informações pertinentes às áreas acima mencionadas (Brasil, 2001c).

Ressaltava que a permanência do residente deveria ser voluntária e concedia ao usuário o direito à interrupção do tratamento a qualquer momento desde que o usuário não apresentasse riscos imediatos de morte, tanto para ele quanto para os demais, ou não tivesse consumido substâncias psicoativas. Nesses casos específicos, essas situações deveriam ser avaliadas e documentadas por médico responsável para justificar a permanência do usuário na instituição. Essa mesma resolução vedava qualquer espécie de discriminação à pessoa com doença associada ao consumo de substâncias psicoativas. Proibia a imposição de critérios

religiosos ou ideológicos para se admitir alguém e a aplicação de castigos de ordem física, psíquica ou moral durante a permanência do usuário na instituição. Assegurava respeito à dignidade e integridade da pessoa humana, independentemente de sua orientação sexual, cor, religião, antecedentes criminais ou condição econômica tanto no momento da admissão quanto durante sua permanência. Garantia do registro ao menos três vezes por semana, tanto aos que estavam em processo de admissão quanto os que estavam em tratamento, das avaliações e atendimentos realizados no residente. Além disso, estabelecia atendimento em grupo para os residentes de no mínimo três vezes por semana e para os casos de comorbidade a obrigatoriedade de ao menos um encontro por mês com o psiquiatra. Explicava que os usuários encaminhados pela justiça estavam automaticamente sujeitos às normas e ao programa terapêutico oferecido pela instituição. Exigia o acompanhamento do residente pelo período mínimo de um ano após sua alta. Reconhecia as comunidades terapêuticas como espaço temporário de tratamento, oferecendo flexibilidade no tempo de permanência, pois considerava cada caso singular, mas exigia que o usuário cumprisse o tempo mínimo de tratamento estabelecido pela instituição e exigia dela o estabelecimento de tempo máximo de permanência a que o residente poderia ser submetido para evitar prolongamento demasiado do tratamento e a perda dos vínculos familiares e afetivos (Brasil, 2001c).

Exigia que as instituições tivessem por escrito os critérios adotados para uma série de procedimentos adotados por elas, entre eles, o estabelecimento de sua rotina e do tratamento oferecido, citando quais atividades seriam de caráter obrigatório e quais seriam de caráter opcional para o residente; os critérios de rotina para triagem médica (com clínico e psiquiatra); psicológica; avaliação familiar e para a realização de exames laboratoriais etc. Estabelecia a quantidade mínima de pessoas que compunha uma equipe de tratamento para cada 30 residentes, sendo obrigatório que um profissional da área de saúde ou do serviço social fosse responsável pelo projeto terapêutico e fosse capacitado para lidar com esse

público específico através de cursos reconhecidos pelos órgãos oficiais de educação e pelos Conselhos Estaduais ou Municipais de Entorpecentes. Admitia para as novas instituições que fossem criadas após a resolução a capacidade máxima de alojamento para 60 residentes, subdivididos em duas unidades de 30 pessoas, abrindo exceção para as que já existiam: estas poderiam ter até 90 residentes, subdivididos em três unidades de 30 pessoas. Além disso, estabelecia uma série de itens obrigatórios de infraestrutura que cabiam às instituições providenciar, que ia desde a metragem dos quartos e quantidades de cama em cada um deles até a descrição do que deveria haver em cada setor da instituição. Finalizava delegando aos Conselhos Estaduais e Municipais de Entorpecentes assim como às Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal a fiscalização e avaliação dessas instituições, permitindo a criação de comissões locais constituídas por representantes desses órgãos juntamente com Federações e Associações para tal finalidade (Brasil, 2001c).

Já a RDC 29, que revogou a RDC 101, e encontra-se atualmente em vigor, ficou conhecida por amenizar as regras necessárias para o funcionamento dessas instituições, deixando de fazer muitas das exigências que a resolução anterior fazia a respeito da infraestrutura tida como necessária para garantir um espaço de convivência e tratamento de qualidade para os residentes. Deixou de delimitar a quantidade máxima permitida de residentes por instituição assim como de disciplinar a respeito dos componentes necessários para se constituir uma equipe de tratamento, exigindo da instituição apenas um responsável técnico e seu respectivo substituto, os quais devem possuir nível superior e serem legalmente habilitado, sem mencionar especificamente de que área de atuação. Além disso, passou a exigir delas um responsável que respondesse pelas questões operacionais durante seu período de funcionamento que, aliás, poderia ser o próprio responsável técnico (Brasil, 2001c/2011).

Solicita que a admissão ocorra apenas “mediante prévia avaliação diagnóstica”, não se referindo mais à avaliação clínica e psiquiátrica. Talvez por isso tenha deixado de apresentar

os critérios diagnósticos propostos na resolução anterior para serem utilizados na admissão do residente e tenha dispensado a exigência das instituições terem por escrito os critérios estabelecidos para suas respectivas rotinas de triagem nas áreas clínica, psiquiátrica, psicológica, de avaliação familiar, de realização de exames etc. entre os usuários deste serviço de atenção. Tanto é que faz questão de mencionar para os casos em que forem oferecidos “serviços assistenciais de saúde ou executem procedimentos de natureza clínica” ficará o estabelecimento obrigado a observar “as normas sanitárias relativas a estabelecimento de saúde” cumulativamente à resolução analisada. Outras informações que confirmam essa hipótese dizem respeito à proibição de admissão de pessoas que precisem de serviços de saúde que não sejam disponibilizados pela comunidade terapêutica e a necessidade dessas instituições passarem a ter mecanismos de encaminhamento dos residentes que apresentem problemas de saúde relacionados ao uso ou abstinência de drogas à rede de saúde assim como a exigência de divulgação, entre os residentes dessas instituições, dos serviços de atenção à saúde integral disponibilizados para eles na rede pública e particular, quando houver (Brasil, 2001c/2011).

Faz uma série de exigências que deve passar a constar na ficha individual do residente, entre elas, atividades que tragam conhecimento sobre drogas, “atividades que promovam o crescimento interior” (essas atividades na regulamentação anterior diziam respeito à “yoga, meditação, prática de silêncio, cantos e outros textos filosóficos reflexivos” e era de caráter opcional), “registro de atendimento médico, quando houver”, atividades que visem à alfabetização e à profissionalização do residente e que se registre também o tempo previsto de permanência do residente na instituição e mencione as atividades realizadas com o propósito de reinseri-lo socialmente. Faz sucintas e genéricas descrições a respeito da gestão de pessoal, da infraestrutura assim como dos ambientes que devem constar em cada

comunidade terapêutica, sem especificar detalhadamente, conforme a resolução anterior fazia, como cada ambiente deveria estar constituído (Brasil, 2001c/2011).

Assegura o que já fora previsto na regulamentação anterior ao exigir que as instituições estabeleçam o tempo máximo que um residente poderá permanecer na instituição, mas em relação ao “respeito à pessoa e à família, independente da etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira” passa a mencioná-lo apenas no artigo que diz respeito ao processo admissional, não o reiterando novamente no artigo que diz respeito aos direitos que devem ser assegurados durante a permanência do usuário, conforme fazia anteriormente a RDC - 101, de 2001, deixando subentendido que durante a permanência do residente isso pode ser desconsiderado, propiciando que violações aos direitos dos usuários e dependentes de drogas ocorram. Além disso, exige que todos, inclusive, os provenientes de mandado judicial declarem por escrito estarem de acordo com as normas da instituição a qual estiverem vinculados. Ratifica que a permanência do residente deverá ser voluntária, assegurando-lhe o direito de interromper o tratamento, resguardadas as mesmas exceções que constavam na regulamentação anterior: risco imediato de morte tanto para o residente quanto para terceiros ou está sob efeito de algumas substância psicoativa, devendo também ser avaliada e documentada por médico, porém não utilizando mais o termo médico responsável conforme regulamentação anterior. Mantém a proibição de castigos aplicados tanto na esfera física quanto na esfera psíquica e moral durante a permanência do residente na instituição. Não menciona como fazia a Resolução anterior, quem ficará com a responsabilidade de fiscalizar e avaliar essas instituições, expressa apenas que o desrespeito ao estabelecido pela Resolução configura infração sanitária, sem prejuízos nas outras esferas legais (Brasil, 2001c/2011). O que, diga-se de passagem, não parece querer dizer muita coisa.

É preciso que se diga que mesmo depois das regras terem sido amenizadas por esta resolução e do Ministério da Saúde ter publicado uma portaria após o lançamento do programa “Crack, é possível vencer”, instituindo incentivo financeiro da ordem de 15.000,00 (quinze mil reais) por cada módulo composto por 30 vagas, no limite até dois módulos por instituição, ainda assim o Ministério da Saúde não conseguiu cadastrar nenhuma comunidade terapêutica, que vem conseguindo financiamento através do SUAS e da Secretaria de Justiça, estas ainda sem regras claras em relação ao assunto. Demonstrando claramente má vontade em querer cumprir o mínimo necessário para se oferecer um tratamento de qualidade aos usuários e dependentes químicos (Conselho Federal de Psicologia, 2013a)

No projeto de lei, as únicas exigências feitas às comunidades terapêuticas é que ofereçam aos usuários e dependentes “ambiente residencial” capaz de “proporcionar convivência entre os usuários e dependentes e formação de vínculos”, que elas desenvolvam “atividades práticas de valor educativo” e “promovam o desenvolvimento pessoal” daqueles que estão sob sua responsabilidade, sem explicar de maneira objetiva como deveriam agir para atingir esses dois últimos objetivos, muito menos, cobrar por parte delas a adoção de critérios científicos em sua terapêutica. Proíbe qualquer espécie de isolamento e passa a exigir avaliação médica prévia e plano individual de atendimento assim como será feito com todos os usuários de drogas, conforme será explicado mais a frente. Por fazer essa exigência, confere prioridade de atendimento para esses casos no SUS, mas admite o “acolhimento” do usuário ou dependente, mesmo sem a avaliação prévia, se isso não lhes conferir risco de morte e desde que seja realizada em até 7 dias. Esclarece que pessoas com comprometimentos biológicos e psicológicos graves não deverão ser admitidas nas comunidades terapêuticas, e sim encaminhadas para rede de saúde. Faz questão de mencionar que as comunidades terapêuticas não são “equipamentos de saúde”. Além de afirmar que todo gestor ou entidade que receba dinheiro público para investir em ações ligadas a área de

políticas sobre drogas deve obrigatoriamente colaborar com a fiscalização realizada pelos órgãos competentes, facilitando o acesso às instalações e às documentações que se fizerem necessário (Câmara Federal, 2013). Basta saber se essas medidas de alguma forma impedirão que maus-tratos continuem ocorrendo e que internações compulsórias com caráter higienista sejam adotadas como primeiro recurso para lidar com pessoas em situação de vulnerabilidade, o que, infelizmente, não parece ser o que está sendo instituído pelo projeto, haja vista o novo tipo de internação involuntária que está sendo proposto.

Virgílio de Mattos, graduado, especialista em ciências penais e mestre em direito pela UFMG, afirma que atualmente existe uma política pública de destruição do que é público em todos os estados brasileiros. A ideia principal desse discurso perverso é que a coisa pública, no caso, a saúde e o sistema penal, não funciona porque a máquina estatal é muito pesada e que só através de privatizações, sistemas de gerenciamento e gestão é possível ganhar maior agilidade e otimização das ações ofertadas aos cidadãos. Os que defendem esse argumento são os mesmos que enxergam na desgraça alheia uma oportunidade de negócio e de obter maior visibilidade política e econômica dentro do cenário nacional. É esse tipo de campanha que tem contribuído para o aumento das comunidades terapêuticas e para o descrédito tanto dos CAPS-ad quanto do SUS, de modo geral (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

Virgílio de Mattos se questiona por que aceitar a privação de liberdade no tratamento oferecido pelas comunidades terapêuticas se ela não existe mais nem mesmo como possibilidade de pena a quem é simplesmente usuário de drogas, por isso defende que o tratamento deve ser feito através da rede de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico manicomial, ou seja, através do CAPS-ad, dos Consultórios de rua e de todas as outras formas que priorizem a liberdade e cidadania do usuário (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

Em relação ao plano individual de atendimento proposto pelo projeto a todos os usuários de drogas e detalhado minuciosamente pela redação final fica estabelecido que o usuário ao ser atendido pela rede de saúde deverá passar primeiro por uma equipe multidisciplinar que realizará uma avaliação prévia procurando investigar que tipo de droga está sendo utilizada e seu padrão de uso, assim como avaliar o risco para sua saúde física e mental, incluindo aí os riscos que podem oferecer à integrante física e mental das pessoas com as quais convive. Será essa avaliação que subsidiará o plano individual de atendimento, que terá prazo de 30 dias para ser confeccionado a partir da entrada do usuário ou dependente de drogas na rede de atendimento. Informa que a equipe designada para fazer essa avaliação terá sua competência, formação e atuação definida pela articulação entre as normas de referência confeccionadas tanto pelo SUS quanto pelo SUAS E SISNAD. O projeto obriga os familiares ou responsáveis a participarem do processo, exigindo inclusive que isso conste no plano individual de atendimento, podendo recair sanções na esfera civil, administrativa e criminal sobre os familiares ou responsáveis, amparado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), nos casos em que o usuário for menor de idade. Confere caráter sigiloso tanto às informações levantadas durante a avaliação quanto as que passarão a constar no plano individual de atendimento (Câmara Federal, 2013). As informações que devem constar no plano individual de atendimento estão logo abaixo.

Art. 23-B

§ 5º Constarão do plano individual, no mínimo:

- I. Os resultados da avaliação multidisciplinar;
- II. Os objetivos declarados pelo atendido;
- III. A previsão de suas atividades de integração social ou capacitação profissional;
- IV. Atividades de integração e apoio à família;

- V. Formas de participação da família para efetivo cumprimento do plano individual;
- VI. Designação do projeto terapêutico mais adequado para cumprimento do previsto no plano; e
- VII. As medidas específicas de atenção à saúde do atendido (Câmara Federal, 2013, p.18).

A individualização do “problema” relacionado ao uso, abuso e dependência química faz com que, muitas vezes, se negligencie os aspectos históricos e políticos que contribuíram para a instalação do quadro atual, como, por exemplo, a falta de políticas públicas efetivas que assegurassem a conquista dos direitos sociais elencados na constituição de 1988 a uma parcela significativa da população brasileira, alijando-os da sociedade contemporânea (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

Pedro Bicalho, coordenador da Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia, afirma que a individualização do problema pode se configurar como uma armadilha, já que traz consigo a idéia de que a solução passa apenas pela correção do indivíduo que se encontra fora da norma, relegando-se os aspectos histórico, cultural e político que contribuíram ou continuam contribuindo para a instalação e manutenção do quadro atual. Tal perspectiva traz como premissa a ideia de que basta a boa vontade do sujeito para que o problema seja sanado e que qualquer saída emergencial é melhor e mais eficaz do que nenhuma (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

3.3.3 – A manutenção do proibicionismo e de suas mazelas.

A redação final retira as qualificadoras propostas inicialmente e passa a propor a redução de pena de 1/6 a 2/3 para os crimes previstos no caput do artigo 33º e § 1º em duas

hipóteses: tanto nos casos em que o acusado não seja reincidente nem faça parte de organização criminosa quanto nas ocasiões em que as circunstâncias e a quantidade de drogas deixem a entender o menor potencial de causar prejuízo a terceiros. No entanto, propõe aumento da pena se quem for pego praticando esses crimes for (em) o (s) comandante (s) do tráfico, aumentando a pena de reclusão de 5 a 15 anos e pagamento de 500 a 1.500 dias-multa para 8 a 15 anos e pagamento de 800 a 1.500 dias-multa. Define organização criminosa como sendo a associação de quatro ou mais pessoas, com níveis hierárquicos distintos, onde cada um possui uma determinada tarefa, não importando se de maneira formal ou informal, contando que tenham como objetivo obter benefícios que caracterizem infrações penais tipificadas com penas máximas acima dos quatro anos ou crimes transnacionais (Câmara Federal, 2013).

A necessidade do Estado Brasileiro em agir com mais rigor para conter o aumento do uso de drogas e coibir o tráfico internacional atualmente, principalmente após a “explosão do uso de crack” entre a população de rua, responde a um pavor social que não encontra argumentos racionais que o justifiquem, mas que se analisados ao longo da formação da sociedade brasileira podem contribuir para se compreender sua manutenção até os dias de hoje. Essa análise pode nos ajudar a entender por que as políticas públicas voltadas ao tema das drogas não se restringem apenas ao campo da saúde, mas estão entranhadas de valores morais, que com ajuda da religião, da psiquiatria e das formas de exploração econômicas adotadas foram se constituindo como verdades. O documento que traz referências técnicas para atuação de psicólogos em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas, e que está sob consulta pública, faz uma análise bastante interessante sobre como o tema das drogas, e o pavor relacionado a elas, foi se construindo no imaginário da sociedade brasileira, antes mesmo da preocupação com os vícios ditos como “elegantes” (ópio, cocaína, heroína, absinto). Explica que o pavor instalado atualmente em relação ao crack e às outras drogas

ilícitas, assim como a desqualificação moral e social atribuída aos seus usuários, têm sua base de sustentação na maneira como a sociedade do período colonial concebia o uso do álcool pelas classes subalternas e de como a sociedade pós-abolicionista e republicana concebia o uso de maconha pelos filhos dos ex-escravos (Conselho Federal de Psicologia, 2013a).

O álcool, mas, precisamente, a água ardente, fora utilizado como base de sustentação do modelo agroexportador e nas atividades de mineração do ouro e diamante em Minas Gerais, servindo para o escravo como item calórico de sua dieta, como recompensa, ou até mesmo, como recurso anestésico utilizado pelo sistema para complementar seu poder de dominação sobre o escravo. Tudo isso fez com que a sociedade visse esse tipo específico de bebida alcoólica como sendo destinada apenas a esse segmento da população e passasse a adotar a expressão “negro cachaceiro”. A desqualificação social e moral do usuário de álcool se completou definitivamente quando após a abolição da escravidão, o governo brasileiro se recusou a absorver esse contingente como mão-de-obra assalariada e decidiu deliberadamente contratar mais de quatro milhões de imigrantes europeus para constituir sua nova classe trabalhadora, não propiciando outra alternativa aos ex-escravos, senão a oportunidade de começar a fazer uso desregrado do álcool para lidar com seu abandono social (Conselho Federal de Psicologia, 2013a).

Embora com toda uma conjuntura social favorável para que isso viesse a ocorrer, a sociedade da época preferiu enxergar esse tipo de alcoolismo como algo “endêmico” e “natural” aos negros, atribuindo para esses casos explicações de caráter “genético” que justificariam tal comportamento, mas que na verdade, escondiam concepções racistas e moralistas por trás, resultando, em termos práticos, em desprezo para com a população negra e humilhação e vergonha para quem fazia parte dela. Essa característica atribuída aos negros será fortemente condenada e combatida pela Liga de Higiene Mental instalada no país nas

décadas de 20 e 30 e possibilitará mais a frente que o alcoolista tenha como destino natural a internação em manicômios públicos (Conselho Federal de Psicologia, 2013a).

Em relação à maconha, pode-se dizer que tanto os portugueses quanto africanos já a conheciam, os primeiros a utilizavam como matéria-prima para fabricar velas para seus navios enquanto os segundos a concebiam como fazendo parte dos seus rituais religiosos, como possibilidade medicinal, para induzir o sono ou, até mesmo, para relaxar. Como era vista dessa forma pelos negros antes de virem pro Brasil, nada mais natural que transferissem para cá, os hábitos que tinham por lá. Durante a escravidão era comum encontrar nos fundos das casas ou das grandes senzalas plantações destinadas ao que era conhecido como “pito de pango”, hábito que, posteriormente, será reprimido por uma legislação de 1830, conhecida por ser uma das primeiras a tentar fazer isso (Conselho Federal de Psicologia, 2013a).

Embora já fosse utilizada durante a escravidão, foi após sua abolição que a proliferação da maconha entre os jovens negros começou a preocupar mais a sociedade. Tamanha preocupação fez com que a representação diplomática do Brasil apresentasse junto à Liga das Nações pedido para que se incluísse a *cannabis* na lista das substâncias proibidas a serem combatidas mundialmente. Como não era muito conhecida no mundo europeu, vendeu-se a idéia de quão grave ameaça à sociedade nacional ela representava e o quanto era importante combatê-la, já que essa substância poderia ser tão perigosa e ameaçadora quanto o ópio. Tudo isso porque associada à concepção que já se tinha a respeito do álcool, a maconha passa a ser vista como “coisa de negros”, “desordeiros” e “marginais”. Essa concepção emergiu da associação entre dois fatos: da primeira geração de filhos de ex-escravos continuarem fazendo uso dela e virem fazendo várias rebeliões por estarem impedidos de ter acesso e ascender socialmente através dos meios de produção disponíveis (Conselho Federal de Psicologia, 2013a).

Da mesma forma que ocorreu com a expressão “negro cachaceiro”, ser taxado de “maconheiro” representava uma desqualificação moral e social para os afrodescendentes em nosso país e parecia justificar o fato de serem alijados dos seus direitos. Essa concepção relacionada à maconha antecederá em cinquenta anos àquela proporcionada pela contracultura, onde jovens da classe média fizeram parte desse movimento, mas ainda sim, será ela que permanecerá como representação social para a sociedade brasileira até os dias de hoje. Do negro se passará a exigir que renegue qualquer característica étnico-racial ligadas a comportamento, estética e concepção moral que o denuncie como fazendo parte desse segmento da população e, ao mesmo tempo, se estabelecerá o mito da democracia racial, onde, em tese, todos teriam as mesmas oportunidades de ascender socialmente. Essa preocupação que no início estava restrita apenas aos negros, logo, será direcionada também a outras camadas populares, que passarão a se esforçar ao máximo para não serem confundidas com a parte desprezada pela sociedade, tentando corresponder à expectativa do que era esperado pela classe médica e pelas elites do país “do pobre, porém limpinho”. Todas essas expectativas criadas em relação aos negros, pobres e classe operária permitia julgar moralmente a quem não resistia e acabava fazendo uso dessas substâncias como pessoas fracas, pouco resilientes e que se entregaram ao mal (Conselho Federal de Psicologia, 2013a).

Diante dessas informações, parece evidente que o “crackeiro” de hoje e o pânico moral instalado ao seu redor guardam profunda relação com a maneira pela qual a sociedade brasileira lidou historicamente com o tema das drogas. Tendo esse entendimento, fica fácil perceber, dentro de uma perspectiva histórica, que para a sociedade atual, o “crackeiro” de hoje, nada mais é, que o sucessor na linha evolutiva do poder de substâncias prejudiciais capazes de produzir figuras como a do “cachaceiro e do maconheiro”. Figuras essas que lhe antecederam na história de violência e dominação, na qual a condição de miséria econômica juntamente com a classe social e étnica a qual o sujeito estava inserido antecipava a

probabilidade do desenvolvimento de sua miséria moral (Conselho Federal de Psicologia, 2013a).

Para Marcus Oliveira, psicólogo e coordenador do Laboratório de Estudos Vinculares e Saúde Mental do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), também é importante que o profissional de saúde tenha uma consciência política a respeito do histórico de dominação e autoritarismo utilizados pelas camadas mais abastadas do nosso país para subjugar os mais desfavorecidos, tendo a consciência de que estamos entre as nações mais ricas do mundo a custo de muita desigualdade social. Na sua avaliação não é o capitalismo quem provoca desigualdades sociais, mas a estrutura social e política de um país, basta comparar Estados Unidos e Brasil; lá, mesmo lavando chão ou privada, a pessoa consegue se colocar em outra condição de consumo após alguns anos de trabalho; aqui, ao contrário do que ocorre por lá, a estrutura social permanece inalterada por várias gerações (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

Kinoshita esclarece que o termo “epidemia” de crack é desprovido de tecnicidade, pois para que isso se constituísse como verdade seria necessário a existência de uma série histórica de surtos provocados pela droga. Em sua opinião, o crack e os usuários de crack estão presentes em nossa sociedade há algum tempo, mas compreende a utilização do termo como uma forma da mídia e parte da população brasileira, muitas vezes, influenciada por ela, demandar do estado políticas de força, consideradas como as únicas capazes de abrandar o medo, a violência e a sensação de insegurança provocada por ela. Apesar dessa demanda encontrar eco em alguns setores da sociedade, cabe ao estado garantir o diálogo entre os vários setores da sociedade na tentativa de ampliar a compreensão reducionista que se tem a respeito das drogas e oferecer uma diversidade de tratamentos para comportar a diversidade de demandas provenientes dos usuários (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

Embora muitos afirmem que o usuário de crack é contra a cultura atualmente estabelecida, o que se percebe, tendo um olhar mais aguçado sobre a questão, é que ele é o representante máximo dela. Ele assume para si as tendências gerais da sociedade: individualização, aceleração e consumo. Consome muito, sozinho, até o momento que acabe por consumir a si mesmo, sem esboçar preocupação com as conseqüências (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

De acordo com Kinoshita, muitas vezes, os próprios usuários legitimam discursos a favor da força quando expressam opiniões como: “Graças a Deus eu fui presa” ou “Ainda bem que alguém tomou conta de mim”. Na sua avaliação, isso precisaria ser desconstruído através da conscientização e participação dos usuários na construção de políticas públicas que envolvessem o tema. Só legitimando-os como atores do jogo é possível desconstruir preconceitos, garantir direitos e ampliar responsabilidades, a exemplo da reforma psiquiátrica, que inicialmente encontrou grande resistência, mas à medida que o trabalho de conscientização foi sendo realizado, ganhou força e possibilitou garantir direitos e tornar o tratamento mais humano (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

Ter consciência desses mecanismos de violência e dominação empregados há tempos pela sociedade pode ajudar os psicólogos a se posicionarem de forma mais ética e menos preconceituosa em relação às drogas e aos cuidados que devem ser oferecidos a quem faz uso problemático delas. Ajudando a romper a lógica instalada de condenação prévia existente em nossa sociedade. Lógica que torna qualquer pensamento diferente do imposto à maioria, suspeito, e que presume atitudes repressivas e autoritárias por parte dos ouvintes para se protegerem de qualquer espécie de tolerância em relação ao tema (Conselho Federal de Psicologia, 2013a).

O combate às drogas, caracterizada pela luta policial e jurídica, é a abordagem que mais ganha destaque entre as demais na sociedade moderna justamente porque se apresenta

como a única capaz de enfrentar e erradicar o grave “problema” apresentado. Essa abordagem possui um teor altamente condenatório caracterizado mais pela veemência de suas justificativas, de caráter mais alarmista e emotivo do que objetivo e sereno, mais sensacionalista e moralista do que científico e isento de juízos de valor, fazendo com que se instale uma verdadeira guerra antidrogas, cujo objetivo é tornar a terra um lugar santo, livre das drogas, fazendo lembrar, guardada as devidas proporções, as antigas cruzadas medievais. No entanto apesar dessa abordagem vender a ideia de que é possível acabar com as drogas e utilizar como única prevenção a própria proibição, ela acaba contribuindo ainda mais para que esse fenômeno se espalhe ao deixar de analisar os múltiplos determinantes sociais do consumo de drogas (Bucher, 1996).

Se o Estado realmente está preocupado com a saúde da população seria necessário que prestasse mais atenção ao consumo de drogas lícitas, principalmente do álcool, pois são estas que são facilmente utilizadas de forma abusiva pelos cidadãos, aumentando a probabilidade de causar dependência. Talvez essa seja a maior distorção provocada pelo discurso de combate às drogas ilícitas, pois ele impede que se enxergue os prejuízos que qualquer espécie de droga poderá provocar no organismo, independente do seu caráter legal. O fato de não concordar com esse modelo proibicionista, não significa apologia ao consumo indiscriminado das todas as drogas, mas apenas a defesa de uma análise mais objetiva e contextualizada do fenômeno na sociedade contemporânea, onde haja espaço para a compreensão dessa experiência humana dentro de uma perspectiva histórico-antropológica, contribuindo para se apreender os significados relacionados a ela na atualidade (Bucher, 1996; Conselho Federal de Psicologia, 2013a).

É importante que se saiba que o Conselho Federal de Psicologia, juntamente com outros segmentos especializados em relação ao tema, defende que a política de redução de danos seria o melhor meio para lidar com os problemas decorrentes dos efeitos abusivos do

uso de drogas no país, isso porque ela permite que cada caso seja visto de forma singular e que se adote objetivos de acordo com a vontade do usuário, e não da equipe médica. Além disso, essa estratégia reafirma a autonomia, o diálogo e os direitos dos usuários de drogas, não fazendo juízo de valor em relação ao caráter legal delas, muito menos, necessitando recorrer a práticas criminalizadoras ou punitivas no trato ao assistido com o objetivo de levá-los à abstinência. Isso não significa que a abstinência não esteja entre as estratégias de redução de danos. A diferença é que ela não é prescrita de forma generalizada, mas algo a ser negociada com o usuário que realmente estiver fazendo uso abusivo tanto de drogas ilícitas quanto lícitas (Conselho Federal de Psicologia, 2013).

Dartiu Silveira, Diretor do Programa orientação e Assistência a Dependentes/Proad/Unifesp, faz uma retrospectiva histórica para mostrar como as políticas repressivas se mostram ineficazes quando comparadas a políticas de redução de danos. Cita a Lei seca americana, em vigor entre 1919 e 1933, como exemplo de fracasso, pois após doze anos de proibição do álcool, os Estados Unidos geraram 500.000 novos delinquentes, 35% de servidores suspeitos de corrupção por envolvimento em alambiques clandestinos e 30.000 pessoas mortas em decorrência de beber álcool metílico, além das 100.000 que ficaram com lesões permanentes provocadas pelo consumo do mesmo tipo de bebida (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

Para Silveira isso demonstra que a dificuldade de acesso a uma substância ao invés de provocar a abstinência, acaba levando o sujeito a recorrer a formas mais agressivas de consumo, isso explicaria a ingestão de álcool de limpeza e o consumo de álcool na forma injetável à época, fato nunca registrado anteriormente na história da humanidade. Em contrapartida a esse tipo de política repressora, cita o exemplo dos médicos britânicos que eram a favor do oferecimento da heroína aos soldados que haviam se tornado dependentes

dela no campo de batalha da Primeira Grande Guerra, constituindo-se como uma ação pioneira de política de redução de danos (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

Dartiu Silveira a define como “uma política de saúde que se propõe reduzir os prejuízos de natureza biológica, social e econômica, pautada no respeito ao indivíduo e no seu direito de consumir drogas” (Silveira, 2013, p. 87). Na redução de danos, a mensuração de resultados é feita através dos ganhos à saúde do usuário e do fortalecimento do convívio social e não apenas através da quantidade de droga consumida ou apreendida, como é estabelecido pela guerra às drogas (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

Silveira explica que ao contrário do que se imagina, a redução de danos também pode ser utilizada de forma preventiva. Para elucidar melhor essa possibilidade relata que ao ir a uma escola jamais chega com aquele discurso aterrorizador sobre as consequências prejudiciais à saúde do usuário, pois o objetivo não é evitar que o sujeito se aproxime das drogas, mas fortalecê-lo para que caso entre em contato com elas, não se torne dependente delas. E faz isso falando da relação de cuidado que o jovem deve adotar com o corpo, da autoestima que deve sempre desenvolver, da identidade que está permanentemente construindo, do relacionamento que deve procurar desenvolver com os pais e de como lidar com questões relacionadas à sexualidade (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

A redução de danos, explica ele, adota uma escala gradativa para se trabalhar com a prevenção das drogas e suas consequências: primeiro, procura-se evitar que o sujeito tenha envolvimento com o uso de drogas; caso isso já ocorra, procura-se evitar o envolvimento precoce; caso já ocorra, procura-se evitar o uso abusivo; caso já ocorra, o objetivo é largar a dependência; para aqueles que não conseguem ou não querem parar de usá-las, o objetivo é tornar o uso o menos prejudicial possível (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

Segundo Silveira é através dos desastres de políticas repressivas adotadas no passado que se deve avançar em políticas que priorizem a redução de danos no Brasil, pois, na sua

avaliação, o que faz o senso comum temer políticas mais liberais seria o aumento do consumo das substâncias psicoativas, acreditando que o único meio eficaz de diminuí-lo seria através da adoção de políticas repressivas, o que, na prática, tem se tornado ineficaz. Traz ao público presente a sensata idéia de que pouco importa para quem é dependente qual legislação encontra-se em vigor, pois a despeito dela, o dependente encontrará formas de saciar sua necessidade. O que significa dizer que as políticas repressivas reduzem apenas o uso ocasional e recreacional, sendo pouco eficazes em relação ao uso abusivo ou quando o quadro de dependência já se encontra instalado. Baseado em estatísticas, revela que assim como ocorre com o álcool a maioria dos consumidores que fazem uso de drogas ilícitas não apresentam dependência no futuro e cita como exemplo a maconha, onde mais de 90% dos seus usuários não desenvolvem dependência, constituindo-se em usuários ocasionais (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

Além de dificultar a quebra de preconceitos e impossibilitar que o fenômeno das drogas seja visto sob várias perspectivas, a abordagem combativa acaba transformando a luta contra as drogas em um mito a favor da defesa de um sistema hegemônico, atribuindo o consumo das substâncias psicotrópicas às suas principais mazelas (Bucher, 1996).

Uma série de razões em comum parece subsidiar alguns setores da sociedade, tanto nos Estados Unidos quanto na Europa e no Brasil, mesmo resguardadas as diferenças entre essas regiões quanto ao padrão de uso e contextos sociais, a defender novas maneiras de lidar com o consumo de drogas na sociedade contemporânea, haja vista a impossibilidade da total eliminação dessas substâncias do cenário global, conforme a política repressiva internacional parece ainda acreditar (Bucher, 1996; Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

Entre os motivos para se adotar uma postura menos coercitiva e mais dialógica por parte do Estado em relação aos usuários de drogas e mais reguladora em relação à oferta dessas substâncias estão: o aumento contínuo do consumo tanto das drogas lícitas quanto das

ilícitas entre a população; o fracasso mundial dos objetivos traçados pelas políticas proibicionistas, evidenciando a desproporcionalidade entre custo e benefício; o aumento do poder econômico dos sistemas comerciais e financeiros paralelos aos já existentes e que não possuem nenhuma espécie de controle, provocando desequilíbrio na economia mundial; o fortalecimento de organizações criminosas através da diversificação dos segmentos de atuação, abrangendo tanto o narcotráfico, o contrabando de armas, a venda de matérias-primas e o envolvimento com o sistema financeiro encarregado de lavar o dinheiro proveniente de práticas ilegais; o aumento das diferenças econômicas entre os países do hemisfério norte e sul, resultado das políticas repressivas adotadas internacionalmente contra os países produtores de substâncias ilícitas da região sul, o que em contrapartida contribui ainda mais para que o aumento da demanda por essas substâncias no hemisfério norte ocorra; o aumento da população carcerária e dos custos sociais ligados a ela, sobrecarregando o sistema penal e a justiça e contribuindo para o aumento da violência, criminalização e dissipação da Aids dentro do próprio sistema penitenciário; o efeito negativo das prisões sobre o comportamento do usuário, pois acaba propiciando maior contato com a delinqüência, violência e exposição a doenças como a Aids; o crescimento da corrupção entre políticos, policiais, no sistema carcerário e dentro da própria justiça; a falta de dinheiro para alocar em investimentos dirigidos a redução do consumo e para adoção de políticas educativas voltadas à área de prevenção, tidas como as mais eficazes, porém, na prática, as que possuem menor percentagem dos recursos fornecidos pelo Estado para lidar com a questão; a inércia quanto aos efeitos que a lei provoca no usuário de drogas, haja vista que ele, na maioria das vezes, não é criminoso, e sim vítima do poder aditivo das substâncias psicoativas, tornando a punição algo realmente ineficaz; o estímulo fornecido pelas leis proibicionistas para o aumento da demanda por drogas, uma vez que utilizá-las significa transgredir a lei e, ao mesmo tempo, contribui para que se passe a enxergá-las como frutos

proibidos, aumentando ainda mais seu poder de atração; o desinteresse pelas outras exigências que a saúde pública demanda e que estão relacionadas às drogas lícitas como álcool, cigarro e abuso de medicamentos; a propagação do vírus da Aids entre usuários de drogas injetáveis facilitada pela perseguição policial ao dependente, dificultando seu enfrentamento por outros meios, o que acaba favorecendo a disseminação da doença para o restante da sociedade, uma vez que o usuário, muitas vezes, ainda mantém vida sexual ativa e, por fim, o desrespeito aos direitos humanos pertencentes ao usuário de drogas por estes estarem enquadrados na lei penal, e não lei civil (Bucher, 1996; Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

Uma das conseqüências diretas por não se adotar um limite claro entre o porte para o consumo e tráfico de drogas é o aumento em 124% do número de presos no país, levando-se em consideração o período entre 2006 a 2010. Entre as causas que possibilitaram esse aumento do número de encarcerados durante esse intervalo de tempo estão: a manutenção de uma política eminentemente repressiva e a criminalização da pobreza e da população negra (Conselho Federal de Psicologia, 2013a).

Virgílio de Mattos, especialista em ciências penais e mestre em direito, também critica o fato de caber ao juiz determinar se a droga era para consumo próprio ou para tráfico, pois a depender do tipo de droga, da quantidade apreendida e das condições socioeconômicas do sujeito o olhar preconceituoso do juiz tende a falar mais alto, pendendo mais para a classificação como tráfico. Outra crítica feita ao modelo proibicionista é que mesmo após o cumprimento das longas condenações impostas aos “supostos traficantes”, estes, ao saírem do sistema penal, acabariam regressando para o tráfico, pois, muitas vezes, é a única oportunidade de emprego encontrado pelos ex-presidiários para sustentarem sua família ou, até mesmo, a única maneira encontrada para retribuir o advogado pago pelo tráfico no

momento em que se encontrava no sistema carcerário (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

Ela Castilho, subprocuradora-geral da República e pesquisadora acadêmica do assunto, afirma que as políticas de prevenção às drogas, como estão configuradas, são extremamente repressoras. Isso significa que em nome da defesa da saúde pública, o Brasil e o mundo estão, na realidade, promovendo exclusão e sofrimento. Afirma que de acordo com o Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN), os crimes patrimoniais ainda lideram em relação ao número de pessoas que vão parar na cadeia, porém o tráfico de drogas não fica muito atrás, está entre os três crimes que mais fornecem contingente para o sistema penitenciário. Sob seu ponto de vista, isso significa um incremento no número de pessoas inseridas em um sistema que tem como meta o aniquilamento da pessoa humana. Entre essas pessoas, a proporção de mulheres é o dobro da dos homens, cerca de 7% ao ano, porcentagem que não se restringe apenas ao cenário brasileiro, mas encontram-se presente em todos os países das Américas e em alguns países da África e Europa (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

Outro dado interessante que pode ser extraído de sua fala são os resultados das pesquisas realizadas em 2008 e 2009, na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e na Universidade de Brasília (Unb), que apontou que a maior porcentagem das drogas apreendidas não ultrapassava dez quilos. Quantidades superiores a cem quilos não foram apreendidas naqueles dois anos. No entanto, é para esse perfil de traficante que a repressão governamental está voltada, são eles que recebem penas severas como principal estratégia para controlar o aumento do consumo de drogas. Isso significa que o sistema penitenciário é seletivo, pois não pega os grandes traficantes que realmente controlam o comércio ilegal de drogas, gerando maior exclusão e sofrimento a quem é usuário e pequeno traficante (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

Maria Karam, juíza aposentada do Rio de Janeiro, faz parte da diretoria de uma organização internacional chamada *Law Enforcement Against Prohibition* (LEAP), criada com o objetivo de dar voz a policiais, juízes, promotores e demais agentes envolvidos com o sistema penal, estejam eles na ativa ou aposentados, que sejam a favor da legalização e, conseqüentemente, da regulação da produção, do comércio e do consumo de todas as drogas tendo em vista a diminuição dos danos e sofrimentos provocados pelas políticas de repressão adotadas pela maioria dos países ao redor do mundo (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

Karam recorre a uma retrospectiva histórica para lançar luz sobre como as políticas de repressão foram construídas e que efeitos geraram, e ainda geram, sobre a população nos diversos países que a adotaram. Segundo ela, as substâncias psicoativas sempre estiverem presentes ao longo da história da humanidade, porém o mesmo não se poderia dizer sobre a política global de criminalização de produtores, comerciantes e consumidores, que é fenômeno recente, datado do século XX (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

Tal política visa à abstinência como forma ideal para se evitar os riscos e danos provocados pelas drogas, o que na visão de Karam, se mostra infrutífero e contrário às leis econômicas. E para corroborar seu ponto de vista lança mão de uma analogia entre sexo e as drogas, dizendo que o discurso que propõe a abstinência em relação às drogas para se evitar danos à saúde se mostra tão ineficaz quanto o que propõe a abstinência sexual como forma de evitar doenças e gravidez indesejada (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

De acordo com Karam, as políticas de repressão, adotadas a nível global, foram impostas pelos Estados através de violações à liberdade individual, da intervenção do sistema penal sobre a produção e distribuição das drogas e da (re) introdução do paradigma bélico no combate ao inimigo da vez, quando, em 1971, o presidente dos Estados Unidos, Richard Nixon, declarou guerra ao narcotráfico. Os resultados dessa política são ineficazes, pois além

de destruírem vidas, promoverem mortes, prisões, estigmas e doenças, não conseguiu erradicar as drogas consideradas ilícitas, muito menos, diminuir sua circulação (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

Em sua análise, independente do número de mortes e pessoas presas envolvidas com o tráfico, sempre existe um contingente de pessoas dispostas a correr o risco e ocupar o vazio deixado pelos padrões e empregados do narcotráfico, pois muitos o enxergam como oportunidade de trabalho e de acúmulo de capital. O que significa dizer que a realidade é pautada muito mais pelas leis naturais da economia do que por leis penais, artificialmente criadas, de forma que onde houver demanda, sempre haverá oferta (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

A despeito de todos os resultados desastrosos provocados por tal política, o que tem mais tem preocupado Karam é que as drogas ilícitas tem sido o fator principal da expansão do poder punitivo e da criminalização da pobreza. Desde o início do século passado, quando algumas substâncias foram selecionadas para configurar entre as drogas ilícitas, a produção, o comércio e o consumo passaram a ser taxados de epidemia, praga, mal universal. O fato das drogas provocarem alterações de consciência e estarem associadas ao prazer contribuiu significativamente para que esse discurso encontrasse espaço na sociedade, haja vista contribuírem para que fantasias fossem criadas em relação às substâncias e aos usuários, além de aguçarem o impulso moralizante da sociedade (Conselho federal de Psicologia, 2013b).

Com a guerra declarada às drogas em 1971, propalou-se com maior intensidade que as drogas ilícitas se tornaram algo extremamente perigoso e incontrolável por meios regulares, sendo necessário adotar medidas mais rigorosas, excepcionais e emergências. É através desse discurso que o paradigma bélico volta a ser utilizado pelo sistema penal. Além disso, utilizar as drogas como “mal universal” não é uma ideia nova. No passado, a bruxaria e a heresia já ocuparam esse lugar, no entanto, de acordo com sua análise, nunca antes a ideia do “mal

universal” e do paradigma da guerra ganharam tamanha extensão e intensidade, já que nenhum outro fenômeno se mostrou tão massivo mundialmente como as drogas têm se mostrado (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

Karam relembra aos presentes que foi através das diretrizes estabelecidas em algumas convenções da Organização das Nações Unidas (ONU) que os países signatários criaram suas respectivas legislações sobre o tema, não sem antes violar princípios garantidores inscritos em outras declarações internacionais de direito e nas constituições democráticas. De acordo com sua análise, quando se elege condutas criminosas envolvendo apenas algumas substâncias, desconsiderando-se outras, como, por exemplo, o álcool, o tabaco ou até mesmo a cafeína, fere-se o princípio da isonomia, o postulado da proporcionalidade e, conseqüentemente, a cláusula do devido processo legal em seu aspecto substancial. Isso se configura como uma violação das normas limitadoras do poder estatal, que estabelece a necessidade de concreta ofensividade da conduta proibida (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

Com o advento das convenções da ONU e das legislações nacionais subsequentes, avalia a juíza, criam-se dispositivos que estabelecem maior rigor penal e procedimentos especiais sob o pretexto de que as condutas criminosas envolvendo drogas não poderiam ser controladas pelos meios regulares. Esse regime de exceção é dado como desculpa para violar normas garantidoras da inadmissibilidade de dupla punição pelo mesmo fato, do direito a não se autoincriminar, da presunção de inocência e da ampla defesa assegurada a todos (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

Dessa forma, a proibição de algumas drogas, arbitrariamente, tornadas ilícitas, cria crimes sem vítimas, criminalizando a posse dessas substâncias e a negociação entre os adultos, contrariando o que a doutrina determina, pois, qualquer ação ou omissão, só pode ser considerado crime, se houver ofensa ou ameaça concreta a um bem jurídico alheio. Na

avaliação de Karam, quando envolvesse porte de drogas para uso pessoal e quando o responsável pela conduta “criminosa” (o traficante) agisse de acordo com a vontade do adulto, titular do bem jurídico – que nesse caso teria o direito à saúde – o Estado não estaria autorizado a intervir, pois, do contrário, criaria mecanismos que impossibilitariam o titular do bem jurídico exercer seu direito da maneira que melhor lhe conviesse, ou seja, se constituiria em uma violação à liberdade individual (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

Sob a perspectiva de Karam, o Estado Democrático jamais pode tomar a decisão pelo indivíduo, mesmo que de sua decisão decorra uma perda ou dano irreparável a si mesmo, pois do contrário, iria-se de encontro ao próprio princípio da legalidade, que submete todo poder estatal ao império da lei e assegura a liberdade individual como regra geral, submetendo qualquer proibição, na esfera da exceção, e tendo como finalidade assegurar o direito de terceiros, concretamente ofendidos ou ameaçados (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

Diante disso, Karam considera que o maior perigo em relação às drogas não esteja relacionado à sua livre circulação, mas sim em sua proibição, pois foi devido a isso que o poder punitivo estatal, com ajuda do paradigma bélico, aumentou o número de pessoas que ingressaram no sistema penitenciário, camuflando e exacerbando velhos preconceitos destinados, principalmente, aos desprovidos de poder, como a população negra nos Estados Unidos; e os pobres, no Brasil. Explica que o paradigma bélico só acirrou ainda mais o modelo simplista empregado no sistema penal que costuma dividir as pessoas entre boas e más. Nesse novo modelo, as pessoas envolvidas com drogas passam a ser encaradas como inimigas da sociedade, portanto, destituídas dos direitos conferidos aos demais cidadãos, tornando-se “não-pessoas” e dispensando investigações estruturais mais profundas, produzindo sensação de alívio entre os que não foram taxados de criminosos e contribuindo para a divisão da sociedade entre os que se autointitulam “cidadãos de bem” e os que passam

a ser vistos como representantes do mal, o inimigo personificado na figura do outro (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

Karam não rotula o crack como um problema social em si mesmo, mas compreende que o que arrasta a maior parte dos consumidores a recorrer a essa droga são suas precárias condições de vida e a negligência das autoridades estatais em prover seus direitos básicos garantidos constitucionalmente. É o estado que os deixa sem escolas, sem lazer, sem trabalho e, em última instância, sem família, portanto, sem perspectivas de futuro. Entende que a proibição das drogas envolve um mercado estimado em 500 bilhões anualmente, o que explica e incentiva a corrupção de agentes estatais, que dificulta o controle estatal da qualidade do produto oferecido ao consumidor final, o que implica em maior possibilidade de overdoses, já que não se sabe exatamente a que outras substâncias a droga foi associada e, por fim, que dificulta a possibilidade de acesso à saúde por parte dos consumidores e traficantes por medo de serem enquadrados em uma conduta considerada criminosa (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

Em relação às campanhas antidrogas Karam faz duas contribuições interessantes: revela que o racismo, a discriminação e o preconceito sempre as orientam. Inclusive, faz referência ao fato das campanhas antidrogas norte-americanas, do início do século passado, já possuírem um forte viés preconceituoso, racista e discriminatório contra grupos considerados diferentes da população hegemônica. Nesse contexto, o ópio foi associado aos imigrantes chineses, a cocaína aos negros e a maconha, aos imigrantes mexicanos. Além disso, assegura que as campanhas que atualmente utilizam slogans que pregam abstinência total como a campanha “diga não às drogas”, muitas vezes, se mostram pouco eficazes, pois ao fazer uso de discurso aterrorizador e de imagens de degradação do usuário, acabam mostrando total falta de conhecimento em relação ao amplo espectro de possibilidades que o usuário pode se situar em relação ao seu envolvimento com as drogas, gerando com isso falta de credibilidade

e perda de oportunidade de passar recomendações ou advertências que realmente informem sobre riscos e danos à saúde associados ao consumo excessivo, descuidado ou descontrolado que o sujeito faz da droga (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

Rosimeire Silva, coordenadora de saúde mental de Belo Horizonte à época, traz algumas informações retiradas do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID) relacionadas às principais substâncias utilizadas pelos jovens brasileiros, contribuindo para a desconstrução do discurso de “epidemia do crack” e suas possíveis implicações. Segundo as informações levantadas, o consumo de crack no Brasil não atinge 1% da população, esmiuçando essa estatística, constatou-se que 0,7% dos jovens utilizaram o crack uma única vez e 0,2 % desenvolveram algum grau de dependência em relação a ele. O número dos que experimentaram uma única vez se manteve estável de 2005 a 2011, permanecendo em 0,7%. De acordo com essa mesma pesquisa, a droga mais utilizada por eles para lidar com o mal-estar provocado pela sociedade contemporânea é o álcool, seguida pelo tabaco, solventes, maconha, cocaína, crack, anfetamínicos, ansiolíticos etc (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

Apesar de terem esses argumentos a seu favor, os idealizadores da descriminação não têm como lema a liberação indiscriminada de todas as drogas, mas sim buscar, através do diálogo com a sociedade, soluções mais justas, mais eficazes e menos dispendiosa para lidar tanto com o consumo e suas conseqüências para a saúde do usuário quanto para com os mercados produtores que fornecem essas substâncias. Acredita que a discussão a respeito das drogas não pode permanecer alijada dos contextos geoeconômicos e geopolíticos envolvidos na questão, percebendo-a como um fenômeno multifacetado e que, por isso mesmo, torna qualquer ação unidirecionalmente aplicada absolutamente ineficaz. É justamente o que a política repressiva faz ao focar apenas na repressão do produto, sem considerar os fatores socioeconômicos e as leis de mercado envolvidas na questão. Essa mesma política repressiva

não contribui para que se possa compreender os mais diferentes e simultâneos significados e efeitos proporcionados pelas substâncias ilícitas por parte de quem as utilizam e que podem envolver aspectos culturais, recreativos, terapêuticos, alienantes e anestésicos (Bucher, 1996).

Talvez outros modos de lidar com o uso e tráfico de drogas em outros países possa contribuir para que se consiga ampliar a visão a respeito desse assunto considerado tão polêmico. Em Portugal, o usuário de drogas não é mais tratado como criminoso desde 2001, já que o consumo, a aquisição e a detenção para consumo pessoal deixou de ser considerado crime, antes estaria sujeito a pena de prisão. Isso, porém, não significa que não receberá mais nenhuma penalidade caso seja flagrado pela polícia portando drogas para consumo pessoal, pois a lei nº 30/2000 define tal conduta como contraordenação, equivalente no Brasil à contravenção penal, podendo aplicar multas que variam de acordo com a substância utilizada ou outras penas alternativas (Portugal, 2000).

Todas as vezes que alguém for apreendido portando drogas para consumo equivalente ao que uma pessoa utiliza por dez dias será encaminhada à comissão denominada de “comissão para dissuasão da toxicodependência”. Essa comissão será constituída por três membros, entre os quais, um será advogado e os outros dois poderão ser escolhidos entre médicos, psicólogos, sociólogos, técnicos de serviço social ou quaisquer outros com qualificação apropriada para lidar com a toxicodependência. Serão eles que ouvirão o usuário e analisarão toda conjuntura da situação para chegar à conclusão se o usuário de drogas pode ser considerado toxicodependente ou não. O usuário que for flagrado pela primeira vez e não for considerado toxicodependente terá seu processo suspenso temporariamente por dois anos, ou três, caso haja decisão fundamentada da comissão para isso, não havendo reincidência durante esse período, o processo será arquivado (Portugal, 2000).

O usuário considerado toxicodependente que se encontre pela primeira vez diante da comissão e aceite se submeter a tratamento também terá esse benefício, que poderá, a critério da comissão, ocorrer também nos casos de reincidência. Fora esses casos, o processo prossegue, ficando a comissão empoderada de suspender a sanção determinada ao toxicodependente se este se submeter voluntariamente a tratamento na rede pública ou privada, essa suspensão poderá durar até três anos e não havendo revogação durante esse período, o processo será arquivado. Nos casos em que o toxicodependente posteriormente deixar de se submeter ou desistir do tratamento acordado com a comissão, a suspensão será revogada e o mesmo estará obrigado a cumprir a sanção imposta pela comissão (Portugal, 2000).

O consumidor que não for considerado toxicodependente poderá receber como penalidade multa ou penas alternativas, que a lei não especifica claramente; já nos casos em que o consumidor for considerado toxicodependente serão aplicadas apenas sanções não pecuniárias. A lei resguarda à comissão o poder de aplicar outras penalidades além da multa e das penas alternativas, podendo aplicar admoestação verbal, se entender que o usuário não voltará a utilizar a substância novamente, assim como lançar mão de outras medidas, entre as quais, proibir exercício profissional que precise de licença e possa colocar a integridade do usuário ou de terceiros em risco; proibir de receber, acompanhar ou até mesmo alojar certas pessoas; proibir o estrangeiro de se ausentar do país sem a devida autorização, obrigar que o usuário se apresente periodicamente em local designado pela comissão e transferir o subsídio ou benefício proveniente de entidades ou serviços públicos que estejam no nome do usuário para a instituição que conduz o processo ou acompanha o tratamento, caso esta aceite etc. (Portugal, 2000).

Nos casos em que o tratamento ao toxicodependente não seja viável ou que o sujeito não o aceite, a comissão poderá suspender a execução da sanção, contando que consiga fazer

o dependente aceitar frequentar serviços de saúde periodicamente a fins de melhorar suas condições sanitárias. Além dessa possibilidade, a lei dá margem para que a comissão possa propor, tanto ao dependente quanto ao consumidor recreativo, outras formas de acompanhamento condizente com cada caso em particular, levando sempre em consideração o respeito à dignidade do indivíduo e a sua concordância. Lembrando que todas as vezes que o consumidor solicitar por conta própria ou através de seu representante legal, nos casos que assim forem previstos, como nos casos dos menores, interditos e inabilitados, assistência em serviços públicos ou privados, estes serão dispensados automaticamente de qualquer tipo de sanção (Portugal, 2000).

Pesquisa realizada, em 2010, conclui que houve um pequeno aumento do consumo de drogas em Portugal, resultado proporcional aos encontrados em países que não as descriminalizaram, e “redução do peso das drogas na repressão policial e no sistema judiciário do país”. Inclusive, nessa mesma publicação, um representante da Unodc afirma que pesquisas em diversos países têm demonstrado que o aconselhamento e a psicoterapia psicossocial, ao contrário do que muitos pensam, têm se mostrado mais eficaz do que os tratamentos farmacológicos no enfrentamento do crack (Senado Federal, 2011).

A Holanda por entender que o problema das drogas não podia ser visto apenas sob um único prisma resolveu controlar e reduzir os danos ao invés de continuar empregando uma política estritamente repressiva e de resultados questionáveis. Sua política sobre drogas data de 1976 e as divide em dois critérios: as de risco aceitável, maconha e haxixe; e as de alto risco, cocaína, heroína, anfetaminas e LSD, estas últimas avaliadas como capazes de causar prejuízos inaceitáveis tanto para a saúde de quem consome quanto para a segurança pública. Naquele país é permitido portar para consumo pessoal até cinco gramas de maconha ou haxixe por pessoa, drogas estas que são facilmente encontradas em bares ou cafés, conhecidos por lá como *coffeeshops*. O consumo dessas substâncias é tolerado, mas sua

utilização em público é proibida assim como o tráfico na rua é veementemente combatido, possuindo resultado altamente eficaz. Todas as outras drogas são expressamente proibidas, seja para consumo, comércio ou produção, com penas que podem chegar até 12 anos de prisão e multa de até 45 mil euros. O país trata as drogas como questão de saúde pública e oferece tratamento a todos que solicitam. Lá, as associações de usuários de drogas injetáveis procuram fazer um trabalho com os outros usuários, voltado para melhorar a qualidade de vida destes, oferecendo seringas e agulhas descartáveis para evitar a propagação da Aids e da hepatite B. Mesmo com a liberação da maconha e do haxixe, a média de consumo de drogas na Holanda é inferior ao restante dos países do continente. Tendo o menor percentual de usuários de drogas injetáveis entre os 15 países da União Europeia. O contingente de pessoas que fazia uso da heroína caiu de “28-30 mil, em 2001, para 18 mil, em 2008”. Sendo que a média de idade dos usuários de drogas, ao invés de cair, como muitos poderiam pensar, está ascendendo (Senado Federal, 2011).

Já a suíça se destacou no cenário internacional por ter enfrentado o problema de heroína no país focando na prevenção e em terapia ao invés de criminalizar o usuário, adotando em 1994 um programa de redução de danos onde o governo suíço oferecia a droga e disponibilizava sala para aplicação supervisionada, adotando essa política por considerar a possibilidade de ver quem estava abusando da substância deixar de cometer crimes e se envolver com o tráfico ao recebê-la do governo. A medida deu certo uma vez que reduziu o número anual de novos usuários, saindo de 850, em 1990, passando para 150, em 2005. Um terço das três mil pessoas que recebeu esse tratamento parou de utilizar a droga sem recorrer a nenhum tratamento associado. O comércio ilegal da droga foi minado e houve redução de 90% dos crimes contra o patrimônio entre os usuários atendidos pelo programa. Em 2008, foi realizado um plebiscito que rejeitou por mais de dois terços o fim do programa, em contrapartida, também foi rejeitada a legalização da maconha (Senado Federal, 2011).

Enquanto isso no Brasil a repressão é tamanha que até quem defendia a legalização da droga até pouco tempo atrás corria o risco de ser enquadrado penalmente como fazendo apologia ao crime. Em 15 de junho de 2010, o próprio Supremo Tribunal Federal (STF) teve que se manifestar ao ser provocado a se posicionar sobre as marchas da maconha, que reúnem participantes em várias cidades brasileiras. A decisão da corte foi a favor dos direitos de reunião e de livre expressão (Senado Federal, 2011).

Considerações finais

Diante de tudo que foi visto no decorrer desse trabalho foi possível perceber que o projeto de lei não contribui muito para que a sociedade possa compreender o fenômeno das drogas na atualidade de forma mais ampla, pois apesar de tentar garantir o direito à saúde, o acesso à educação e à reinserção social do usuário e dependente de drogas, faz isso através de um tratamento compulsório estabelecido através de uma sentença judicial. Além disso, ao não fazer uma distinção clara entre o porte para uso e tráfico de drogas reafirma o modelo proibicionista adotado historicamente pelo país no enfrentamento às drogas e contribui para que o pânico moral criado pela sociedade desde a época do Império se mantenha, reforçando práticas discriminatórias, preconceitos, exclusão social e recolhimento do usuário e dependente de drogas (C. F. P., 2013a). Ao estabelecer como meta ideal a abstinência, parece desconsiderar outras possibilidades que as pessoas têm de se relacionar com as drogas e as estratégias de redução de danos empregados pelo país nas últimas décadas.

Todos os direitos sociais oferecidos ao usuário de drogas no projeto, além de estar sendo assegurados de forma desvirtuada, uma vez que ocorre através de uma sentença judicial e à revelia da vontade do sujeito, parecem estar sendo oferecidos em troca da abstinência do usuário. O teor do projeto de lei contribui para que a sociedade passe a enxergar todo uso de drogas como problemático e veja todo usuário como criminoso ou doente, conforme as legislações anteriores do país já vêm se fazendo há décadas. Parece acreditar que a autonomia do usuário só pode ocorrer se ele se mantiver abstinente, a exemplo da exigência que faz para conceder e manter o assistido em uma das vagas que serão disponibilizadas pelas empresas que participarão de obras públicas que gerem mais de 30 postos de trabalho (Câmara Federal, 2013).

Ao forçar o usuário a passar por uma equipe médica para atestar seu estado de saúde e definir um plano de atendimento individual o Estado parece estar violando o direito de não

produzir provas contra si mesmo, uma vez que utilizar drogas ainda é considerado crime, e a cláusula do devido processo legal em seu aspecto substancial, o que significa na prática que o Estado só tem permissão para interferir quando é para resguardar um direito alheio e não quando esse direito diz respeito a uma pessoa adulta, pois assim constituiria violação à liberdade individual. O que vai de encontro ao Estado de direito. Cabe ao Estado garantir o direito à saúde, não obrigar que o cidadão usufrua dele (Conselho Federal de Psicologia, 2013b).

Ao incluir as comunidades terapêuticas como uma das instituições que integram o SISNAD, o projeto confere proteção a formas de tratamento de características asilares e que visam à abstinência, ao mesmo tempo, em que reproduzem a prática histórica de financiamentos públicos ligados à área da saúde mental para o setor privado. Ao estabelecer aumento de penas para traficantes parece desconsiderar as leis econômicas que controlam tal comércio e que contribuem, independentemente do rigor da lei, para que ele nunca acabe. Experiências ou propostas de países como Holanda, Suíça, Portugal e Uruguai na maneira de lidar com o usuário e de enfrentar o tráfico parecem ainda não ter contribuído para que as drogas deixassem de ser vistas sob o prisma da moral e do paradigma biomédico alarmista em nossa sociedade.

A legalização de uma droga por parte do Estado não significa apoio indiscriminado para seu uso, pelo contrário, permite que ele possa regular sua produção, comércio e consumo. Possibilita que o usuário seja visto como cidadão de direito. Estimula maneiras mais sutis de abordagem ao usuário, ao mesmo tempo, em que diminui sua resistência a se submeter a um tratamento quando passa a fazer uso abusivo da droga, uma vez que a abstinência já não será o único objetivo a ser alcançado. Além disso, o controle dessas substâncias por parte do Estado acabaria indiretamente conferindo benefícios à saúde do usuário, uma vez que este deixaria de correr risco de sofrer over dose, por causa da mistura

de substâncias para torná-lo dependente; sem contar que parte do dinheiro arrecadada pelo Estado com a venda das drogas regularizadas poderia, por lei, ser convertida para a saúde pública brasileira, que há muito tempo vem sofrendo por falta de infraestrutura. A ideia que se tem, de que regularizando substâncias ilícitas o consumo delas tende a aumentar, não vem se mostrando como verdade, ao menos nos países que ousaram adotar essa estratégia. Não se quer com esse trabalho, que se deixe de trabalhar preventivamente para evitar o consumo de drogas, quaisquer que sejam elas, lícitas ou ilícitas, o que se quer é que o usuário deixe de ser visto apenas sob o prisma da criminalidade ou da patologia.

Referencias

Avelino, V.P. (2010). *A evolução da legislação brasileira sobre drogas*. Retirado de

<http://jus.com.br/artigos/14470/a-evolucao-da-legislacao-brasileira-sobre-drogas>

Basaglia, F. (1985). As instituições da violência. Em F. Basaglia (Org.), *A instituição negada* (pp. 99-133). Rio de Janeiro: Graal.

Brasil (1921a). *Decreto nº 4.294, de 6 de julho de 1921: Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, opio, morphina e seus derivados; crea um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo “alcool” ou substancias venenosas; estabelece as fôrmas de processo e julgamento e manda abrir os credits necessarios*. Retirado de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4294-6-julho-1921-569300-publicacaooriginal-92525-pl.html>

Brasil (1921b). *Decreto nº 14.969, de 3 de Setembro de 1921: Aprova o regulamento para a entrada no paiz das substancias toxicas, penalidades impostas aos contraventores e sanatorio para toxicomanos*. Retirado de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14969-3-setembro-1921-498564-publicacaooriginal-1-pe.html>

Brasil (1938). *Decreto-Lei nº 891, de 25 de novembro de 1938: Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes*. Retirado de: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1930-1939/decreto-lei-891-25-novembro-1938-349873-publicacaooriginal-1-pe.html>

Brasil (1940). *Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de Dezembro de 1940: Código Penal*. Retirado de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2848-7-dezembro-1940-412868-publicacaooriginal-1-pe.html>

Brasil (1941a). *Decreto-lei nº 3.688, de 3 de Outubro de 1941: Lei das Contravenções Penais*. Retirado de: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-3688-3-outubro-1941-413573-publicacaooriginal-1-pe.html>

- Brasil (1941b). *Decreto-Lei nº 3.914, de 9 de Dezembro de 1941: Lei de introdução do Código Penal (decreto-lei n. 2.848, de 7-12-940) e da Lei das Contravenções Penais (decreto-lei n. 3.688, de 3 outubro de 1941)*. Retirado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3914.htm
- Brasil (1943). *Decreto-Lei nº 5.452, de 1 de Maio de 1943: Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho*. Retirado de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-5452-1-maio-1943-415500-publicacaooriginal-1-pe.html>
- Brasil (1971). *Lei nº 5.726, de 29 de Outubro de 1971: Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências*. Retirado de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-5726-29-outubro-1971-358075-publicacaooriginal-1-pl.html>
- Brasil (1976). *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*. Retirado de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-6368-21-outubro-1976-357249-publicacaooriginal-1-pl.html>
- Brasil (1980). *Decreto nº 85.110, de 02 de setembro de 1980: Institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e dá outras providências*. Retirado de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-85110-2-setembro-1980-434379-publicacaooriginal-1-pe.html>
- Brasil (1990a). *Lei nº 8.112, de 11 de Dezembro de 1990: Dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais*. Retirado de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8112-11-dezembro-1990-322161-publicacaooriginal-1-pl.html>

- Brasil (1990b). *Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Retirado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.
- Brasil (1990c). *Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990: Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências*. Retirado de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8069-13-julho-1990-372211-normaatualizada-pl.html>
- Brasil (1991). *Lei nº 8. 213, de 24 de Julho de 1991: Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências*. Retirado de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1991/lei-8213-24-julho-1991-363650-publicacaooriginal-1-pl.html>
- Brasil (1993). *Lei nº 8.764, de 20 de dezembro de 1993: Cria a Secretaria Nacional de Entorpecentes e dá outras providências*. Retirado de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1993/lei-8764-20-dezembro-1993-374357-publicacaooriginal-1-pl.html>
- Brasil (1998a). *Decreto nº 2. 632, de 19 de Junho de 1998: Dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas, e dá outras providências*. Retirado de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1998/decreto-2632-19-junho-1998-400767-publicacaooriginal-1-pe.html>
- Brasil (1998b). *Medida Provisória nº 1.669, de 19 de junho de 1998: Altera a Lei nº 9.649, de 27 de maio de 1998 que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências*. Retirado de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/medpro/1998/medidaprovisoria-1669-19-junho-1998-356568-publicacaooriginal-1-pe.html>

Brasil (1998c). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Retirado de

<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=102408>

Brasil (2000). *Lei nº 3.696, de 21 de Dezembro de 2000: Dispõe sobre o Sistema Nacional*

Antidrogas, e dá outras providências. Retirado de

<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2000/decreto-3696-21-dezembro-2000-368415-publicacaooriginal-1-pe.html>

Brasil (2001a). *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Retirado de

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm

Brasil (2001b). *Decreto nº 3.845, de 13 de Junho de 2001: Aprova a Estrutura do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, na parte referente à organização da Secretaria Nacional Antidrogas, o seu Quadro Resumo de Custos dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas, e dá outras providências*. Retirado de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2001/decreto-3845-13-junho-2001-326976-publicacaooriginal-1-pe.html>

Brasil (2001c). Ministério da Saúde/Anvisa. *Resolução da Diretoria Colegiada nº 101, de 30 de Maio de 2001: Disciplina o funcionamento de instituições conhecidas como “Comunidades Terapêuticas”*. Retirado de

http://www.saude.rs.gov.br/upload/20120425144823rdc_n__101_02_ms__anvisa.pdf

Brasil (2002a). *Lei nº 10.409, de 11 de Janeiro de 2002: 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*. Retirado

de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2002/lei-10409-11-janeiro-2002-433359-publicacaooriginal-1-pl.html>

Brasil (2002b). *Lei nº 10.406, de 10 de Janeiro de 2002: Institui o Código Civil*. Retirado de

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm

Brasil (2002c). *Decreto nº 4.345, de 26 de Agosto de 2002: Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências*. Retirado de

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345.htm

Brasil (2005). *Resolução do Gabinete Institucional da Presidência da República/Conad:*

Aprovação da Política Nacional Sobre Drogas. Retirado de

http://ww2.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude/legislacao/0133/ResolucaoG SIPR_CH_CONAD_2005_0003.pdf

Brasil (2006a). *Lei nº 11.343, de 23 de Agosto de 2006: Institui o Sistema Nacional de*

Políticas 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. Retirado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm

Brasil (2006b). *Decreto nº 5.912, de 27 de Setembro de 2006: Regulamenta a Lei nº*

11.343/06, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, e dá outras providências.

Retirado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/Decreto/D5912.htm

Brasil (2010a). Projeto de Lei do Senado nº 48, de 2010: *Modifica o art. 482 da*

Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, o art. 132 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e o art. 118 da Lei nº.

8.213, de 24 de julho de 1991, para disciplinar a demissão e estabelecer garantia provisória de emprego ao alcoolista. Retirado de

<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=73756&tp=1>

Brasil (2010b). *Projeto de Lei do Senado nº 48, de 2010: Parecer e Texto final aprovado pela Comissão de Assuntos Sociais. Modifica o art. 482 da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, o art. 132 da lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e o art. 118 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, para disciplinar a demissão e estabelecer garantia provisória de emprego ao alcoolista.* Retira de <http://legis.senado.leb.br/mateweb/arquivos/mate-pdf/81870.pdf>

Brasil (2011). Ministério da Saúde/Anvisa. *Resolução da Diretoria Colegiada nº 29, de 30 de junho de 2011: Aprova os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtorno decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.* Retirado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html

Bucher, R. (1996). *Drogas e sociedade nos tempos da Aids.* Brasília: Universidade de Brasília.

Câmara Federal (2013). *Redação final do Projeto de Lei nº 7.663-C, de 2010: Altera as Leis nºs 11.343, de 23 de Agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nºs 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas.*

Retirado de

http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=98B3BD2188B4AF9D9DB7BE479466A188.node1?codteor=1095141&filename=REDACAO+FINAL+-+PL+7663/2010

Castro, E. (2009). *Vocabulário de Foucault: Um percurso pelos seus temas, conceitos e autores* (I. M. Xavier, Trad.). Belo Horizonte: Autêntica.

Centro Cultural da Saúde (2013). *Influências: Esquirol (1772 – 1840)*. Retirado de <http://www.ccms.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/Mostra/esquirol.html>

Conselho Federal de Psicologia (2009). As transformações das Políticas Públicas Brasileiras Sobre Álcool e Outras Drogas. *Diálogos*, 06 (6), 11-13. Retirado de <http://site.cfp.org.br/publicacoes/revistas-dialogos/>

Conselho Federal de Psicologia (2011). *Relatório da 4ª inspeção nacional de Direitos Humanos para usuários de drogas*. Brasília: CFP. Retirado de <http://site.cfp.org.br/publicacoes/relatorios-e-cartilhas/>

Conselho Federal de Psicologia (2013a). *Referências Técnicas para a atuação de Psicólogos/os em Políticas Públicas de Álcool e outras Drogas: versão preliminar para consulta pública*. Brasília: CFP.

Conselho Federal de Psicologia. (2013b). *Drogas, Direitos Humanos e Laço Social*. Brasília: CFP.

Dalsenter, F. B. & Timi, J. R. R (2012). O embasamento legal do internamento compulsório de dependentes químicos. *Percurso*, 12 (1), 1-15. Retirado de <http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/percurso/article/view/485/370>

- Fortes, H.M. (2010). Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*, 10 (2), s321-s330.
- Foucault, M. (1997). *Resumo dos Cursos do Collège de France 1970-1982* (A.Daher, trad.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Gibbs, G. (2009). *Análise de dados qualitativos* (R. C. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Goffman, E. (1999). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Gonçalves, A. M., & Sena, R. D. (2001). A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Rev latino-am Enfermagem*, 9(2), 48-55.
- Horrocks, C., & Jevtic, Z. (2013). *Entendendo Foucault: um guia ilustrado* (M. Marcionilo, Trad.). São Paulo: leYa.
- Machado, A. R. & Miranda, P. S. C. (2007). Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *Hist. Cienc. Saúde-Maguinhos*, 14 (3), 1-12.
- Madureira, A. F. A. (2008). *Imagens como artefatos culturais na pesquisa sobre as bases sociais e psicológicas do preconceito: uma proposta metodológica*. Resultado da pesquisa de pós-doutorado realizada pela autora na *Facultad de Psicología da Universidad Autónoma de Madrid*, na Espanha, sob a supervisão do Prof. Dr. Alberto Rosa Rivero (apoio: CAPES, Brasil).
- Madureira, A. F. A. & Branco, A. U. (2007). Identidades sexuais não-hegemônicas: processos identitários e estratégias para lidar com o preconceito. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23 (1), 81-90.
- Mota, D. (2013). *Regulamentação da maconha não irá disparar consumo no Uruguai*. Retirado de http://www.vermelho.org.br/noticia.php?id_noticia=225717&id_secao=7

- Nascimento, A. B. (2009). Descriminalização ou despenalização do uso de droga: os efeitos da Lei 11.343/2006. *Revista de Psicologia da UNESP*, 8 (1), 122-128.
- Nunes, M., Jucá, V. J., & Valentim, C. P. B. (2007). Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad Saúde Pública*, 23(10), 2375-84.
- Pacheco, J. G. (2009). *Reforma Psiquiátrica, uma realidade possível: representações sociais da loucura e a história de uma experiência*. Curitiba: Juruá.
- Pinho, P. H., Oliveira, M. A. F., Vargas, D., Almeida, M. M., Machado, A. L., Silva, A. L. A., Calvero, L. A., & Barro, S. (2009). Reabilitação psicossocial dos usuários de álcool e outras drogas: a concepção de profissionais de saúde. *Rev esc enferm USP*, 43(2), 1261-66.
- Pitta, A. (2001). O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? Em A. Pitta (Org.), *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (pp. 19-26). São Paulo: Hucitec.
- Portugal (2000). *Lei nº30/2000: Define o regime jurídico aplicável ao consumo de estupedacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a proteção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica*. Retirado de <http://www.policiajudiciaria.pt/PortalWeb/content/?id={F04506E5-B15E-428B-853D-ABA75B723AF8}>
- Santos, A. S. (2010). *Lei de Drogas: Evolução Histórica e Legislativa no Brasil*. Retirado de http://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id_dh=4818
- Santos, J. A. T. & Oliveira, M. L. F. (2013). Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. *Saúde & Transformação Social*, 04 (1), 82-89.
- Senado Federal (2011). Em discussão!: Subcomissão busca referência em outros países. *Revista de audiências públicas do Senado Federal*. 02 (8), 74-80. Retirado de

http://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/Upload/201104%20-%20agosto/pdf/em%20discuss%C3%A3o!_agosto_2011_internet.pdf

Souza, E. W. F. (2007). *Biopoder e cotidiano humano*. Retirado de

<http://www.odiarario.com/opinioao/noticia/166436/biopoder-e-cotidiano-humano/>

Tenório, Fernando. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 9(1), 25-59.

Recuperado em 01 de outubro de 2013, de <http://www.scielo.br/scielo>.

Terra, O. (2010). *Projeto de Lei nº 7.663, de 2010: Acrescenta e altera dispositivos à Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas, dispor sobre a obrigatoriedade da classificação das drogas, introduzir circunstâncias qualificadoras dos crimes previstos nos arts. 33 a 37, definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e dá outras providências.*

Retirado de

http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=98B3BD2188B4AF9D9DB7BE479466A188.node1?codteor=789804&filename=PL+7663/2010

United Nations Office on Drugs and Crime (2013), *Drogas: marco legal*. Retirado de

<http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/marco-legal.html>