

Série Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

Criminalização ou acolhimento?

Políticas e práticas de cuidado a pessoas que também fazem o uso de drogas



Bruce K. Alexander
Emerson Elias Merhy
Paulo Silveira
Organizadores

editora



redeunida

Bruce K. Alexander
Emerson Elias Merhy
Paulo Silveira
Organizadores

Série Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

Criminalização ou acolhimento?

Políticas e práticas de cuidado a pessoas que também fazem o uso de drogas



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



1ª Edição
Porto Alegre - 2018



Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla

Editores Associados: Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Ana Lúcia Abrahão da Silva - Universidade Federal Fluminense, Brasil

Àngel Martínez-Hernández – Universitat Rovira i Virgili, Espanha

Angelo Stefanini – Università di Bologna, Itália

Ardigó Martino – Università di Bologna, Itália

Berta Paz Lorido – Universitat de les Illes Balears, Espanha

Celia Beatriz Iriart – University of New Mexico, Estados Unidos da América

Débora Cristina Bertussi - Universidade São Caetano do Sul, Brasil

Denise Bueno – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Denise Antunes de Azambuja Zocche – Universidade do Estado de Santa Catarina, Brasil

Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Felipe Proença de Oliveira – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Francisca Valda Silva de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Hêider Aurélio Pinto – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil

João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

José Ivo dos Santos Pedrosa - Universidade Federal do Piauí, Brasil

Júlio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil

Laura Serrant-Green – University of Wolverhampton, Inglaterra

Leonardo Federico – Universidad Nacional de Lanús, Argentina

Lisiane Böer Possa – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil

Luciano Bezerra Gomes – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Mara Lisiane dos Santos – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Maria Augusta Nicoli – Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Itália

Márcia Regina Cardoso Torres – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

Marco Akerman – Universidade de São Paulo, Brasil

Maria das Graças Alves Pereira - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Acre, Brasil

Maria Luiza Jaeger – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Maria Rocineide Ferreira da Silva – Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Oswaldo Peralta Bonetti - Ministério da Saúde, Brasil

Odete Messa Torres – Universidade federal do Pampa, Brasil

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Brasil

Renan Albuquerque Rodrigues – Universidade Federal do Amazonas/Parintins, Brasil

Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Ricardo Luiz Narciso Moebus - Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

Rodrigo Tobias de Sousa Lima – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Rossana Staevie Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Simone Edi Chaves – Ideia e Método, Brasil

Sueli Terezinha Goi Barrios – Ministério da Saúde, Brasil

Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil

Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Vera Lucia Kodjaoglanian – Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, Brasil

Vera Maria Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Márcia Regina Cardoso Torres

Gabriel Calazans Baptista

Leticia Stanczyk

Projeto Gráfico, Capa e Miolo | Diagramação

Lucia Pouchain

Ilustração da Capa e Folha de Rosto

Carlos Latuff

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

C929 Criminalização ou acolhimento? Políticas e práticas de cuidado a pessoas que também fazem o uso de drogas [recurso eletrônico] / Organizadores Bruce K. Alexander, Emerson Elias Merhy, Paulo Silveira. – 1.ed. – Porto Alegre : Rede UNIDA, 2018. 733 p. : il. – (Série Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde)

ISBN: 978-85-54329-14-3

DOI: 10.18310/9788554329143

1. Descriminalização – Drogas. 2. Políticas públicas. 3. Usuários de drogas. 4. Proibicionismo. 5. Redução de danos. 6. Cuidado em saúde. 7. Judicialização da saúde. I. Alexander, Bruce K. II. Merhy, Emerson Elias. III. Silveira, Paulo. IV. Série.

CDU: 614

NLM: WM270

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



O amor, o trabalho e o conhecimento são as fontes de nossa vida.
Deveriam também governá-la.

Wilhelm Reich



Apresentação

Esse livro é antes de mais nada fruto da amizade e do bem querer.

Ele nasce de uma profunda admiração e respeito entre seus organizadores e da vontade de fazermos algo coletivo.

Assim, decidimos reunir pessoas que se envolvem com pessoas que também usam drogas a partir de afetos, respeito e o desejo de ampliar seus contatos com o que nos cerca, deixando de lado a pretensão de termos uma sociedade regida por normas rígidas que controlem a tudo e a todos.

Aqui vocês vão encontrar desde pesquisadores de renome internacional, trabalhadores que se dedicam a cuidar de pessoas que também usam drogas, ex usuários compulsivos de drogas, ... que decidiram colocar suas experiências de vida a disposição de outros com a pretensão de estarmos contribuindo na construção de uma consciência crítica que facilite a escolha dos nossos caminhos.

Nos atrai a diversidade, pois acreditamos que somente com o respeito e a valorização das diferenças podemos efetivamente aprender o que desejamos saber e chegar com mais facilidade e prazer onde queremos estar.

Para aqueles que desejam fórmulas prontas para viver a vida a partir de verdades absolutas o que temos a oferecer-lhes é a certeza que não existem.

Aos que desejam viver a vida a partir de relações coconstruídas, bem vindos!

Bruce K. Alessander

Professor Emeritus da Simon Fraser University / Canadá

Emerson E. Merhy

Prof. Titular Saúde Coletiva UFRJ-Macaé

Paulo Silveira

“respeito é BOM e eu gosto!”

Presentation

This book is first and foremost the fruit of friendship and good will.

It is born of a deep admiration and respect between its organizers and the will to do something collective.

Thus, we decided to bring together people who engage with people who also use drugs from affections, respect and the desire to expand their contacts with what surrounds us, leaving aside the claim to have a society governed by rigid rules that control everything and everyone.

Here you will find from internationally renowned researchers, workers who take care of people who also use drugs, compulsive drug users, ... who have decided to put their life experiences at the disposal of others with the pretension of being contributing in the construction of a critical conscience that facilitates the choice of our paths.

Diversity attracts us because we believe that only with the respect and appreciation of differences can we effectively learn what we want to know and arrive with more ease and pleasure where we want to be.

For those who desire formulas ready to live life from absolute truths what we have to offer them is the certainty that they do not exist.

To those who wish to live life from co-built relationships, welcome!

Bruce K. Alessander

Professor Emeritus da Simon Fraser University / Canadá

Emerson E. Merhy

Prof. Titular Saúde Coletiva UFRJ-Macaé

Paulo Silveira

“respeito é BOM e eu gosto!”

Manifesto

Maria Margarida Pressburger¹

Declaração Universal dos Direitos do Homem

Art. I – Todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade.

“Os Direitos Humanos são uma idéia política com base moral e estão intimamente relacionados com os conceitos de justiça, igualdade e democracia. Eles são uma expressão do relacionamento que deveria prevalecer entre os membros de uma sociedade e entre indivíduos e Estados. Os Direitos Humanos devem ser reconhecidos em qualquer Estado, grande ou pequeno, pobre ou rico, independentemente do sistema social e econômico que essa nação adota. Nenhuma ideologia política que não incorpore o conceito e a prática dos Direitos Humanos pode fazer reivindicações de legitimidade. E, finalmente, há o reconhecimento crescente de que o respeito aos Direitos Humanos é imperativo para a sobrevivência da humanidade. Em linhas gerais, as Direitos Humanos são aqueles considerados naturais e fundamentais para a existência da pessoa humana, ou, melhor dizendo, são o conjunto de regras mínimas essenciais à convivência harmoniosa entre os seres humanos, com vistas à sobrevivência e evolução da humanidade”².

1 Vice Presidente da Comissão de Direitos Humanos – Instituto dos Advogados Brasileiros;
Vice Presidente da Comissão da Mulher = Instituto dos Advogados Brasileiros;
ex membro do Subcomitê de Prevenção e Combate à Tortura do Alto Comissariado de Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU);
ex Presidente da Comissão de Direitos Humanos da Ordem dos Advogados do Brasil RJ

2 J.S. Fagundes Cunha — Os direitos humanos e o direito da integração

Após anos de distanciamento da sociedade civil organizada, o país vive um novo momento, tentando retomar a sua parceria com os movimentos comprometidos com as lutas por democracia e justiça social.

Com o intuito de promover amplos debates que, inclusive, possam servir de planejamento para ações de novas modalidades de gestão, devemos atentar para os mais diversos movimentos sociais organizados e importantes ativistas de direitos humanos.

Esses encontros deverão marcar de forma definitiva a reaproximação dos diferentes segmentos empresariais e os debates travados deverão orientar a formação de uma agenda de atuação de Direitos Humanos alinhada com as demandas sociais.

Essa iniciativa é especialmente importante diante da atual conjuntura brasileira em que não são identificados avanços significativos no campo dos direitos sociais, já passados trinta anos de promulgada a “Constituição Cidadã”.

Pelo contrário o que se nota é a desigualdade social brasileira, uma das maiores do mundo, com investimentos públicos insuficientes em educação, saúde e moradia, entre outros, ao mesmo tempo em que se opera um fortalecimento da dimensão repressiva do Estado.

Resultado dessa conjuntura são fenômenos como a exacerbação do individualismo, a naturalização da violência, a criminalização da pobreza e dos movimentos sociais, a atuação de grupos de extermínio e o recrudescimento de uma política criminal de segurança pública, penitenciária e judiciária de cunho exclusivamente repressivo.

O esforço pela humanização das relações sociais passa pelo repúdio ao discurso que incita o ódio e o aumento da violência, pelo repúdio aos argumentos que se pretendam válidos para enfrentar situações de emergência.

Rejeitamos as soluções que estabelecem exceções ao tratamento geral de respeito e dignidade que deve ser dispensado aos seres humanos, sejam eles vítimas de crimes violentos ou seus autores.

Rejeitamos o extermínio da população marginalizada, seja por grupos privados, seja pela atuação policial orientada pela letalidade.

Rejeitamos discursos moralistas que clamam penas severas, violação de garantias constitucionais, linchamentos, torturas e humilhação dos criminosos, em nome da aplicação da justiça e da lei.

Devemos lembrar que a qualidade de um Estado não se mede pelo tamanho da sua aversão à barbárie, mas pela racionalidade de suas respostas. Pois o grau de civilidade de uma nação pode ser aferido a partir da forma como ela pune os seus desviantes.

Não vamos esmorecer na defesa dos direitos humanos, pois somos capazes de encontrar respostas para as crises, sem que tenhamos que abdicar de direitos arduamente conquistados.

Nesse contexto, a nossa identificação com a cidadania tem um significado muito preciso – a necessidade de reafirmar a dignidade humana como princípio central do Estado Democrático de Direito.

Os movimentos sociais são criminalizados por suas reivindicações por reforma agrária, pela preservação do meio ambiente, pela denúncia do preconceito de etnia, de gênero, de orientação sexual e aos portadores de necessidades especiais,

pelo direito à moradia, à segurança pública e tudo o mais.

Estas reivindicações não são por privilégios ou interesses corporativos, mas por direitos humanos.

Para nos confrontarmos à crescente barbárie produzida pela globalização, não podemos organizar as nossas lutas de maneira fragmentada. É importante assumirmos uma pauta comum, universalizante, que leve em conta a pluralidade das opressões a serem superadas e, por consequência, aponte para um horizonte emancipatório, de radicalização democrática.

Formar uma ampla rede de luta por direitos humanos é a única maneira que temos de progredirmos de uma posição meramente reativa para a ofensiva.

Todas as relações firmes, sólidas, com sua série de preconceitos e opiniões antigas e veneráveis foram varridas, todas as novas tornaram-se antiquadas antes que pudessem ossificar. Tudo que é sólido desmancha no ar, tudo que é sagrado é profanado, e os homens são por fim compelidos a enfrentar de modo sensato suas condições reais de vida e suas relações com seus semelhantes.

É nesse sentido que nos apresentamos, superando os incidentes alheios à nossa conduta e diretriz. Para tanto organizamos nosso quadro, escolhendo nossos membros e colaboradores, entre aqueles cujos ideais se encontram exclusivamente voltados para a luta proposta, sem quaisquer outras intenções pessoais.

Obrigado

Esse livro, como tudo na vida, não teria sido possível sem a participação de tantos que não estão aqui nominados, mas nem por isso são menos importantes.

Do diretor da editora que batizou o livro com seu título, a todos que se dedicam ao trabalho cotidiano que permite a sua existência, ocupando um lugar de destaque cada vez maior no cenário nacional e, em especial, a:

*Ao Miguel e sua família
e a Irene Adans, pelas traduções, revisões e comentários.*

A Lúcia Pouchain, muito mais que nossa artista gráfica, profissional de uma dedicação, paciência e bom humor estimulantes, se tornando, também, sua coautora.

Guerra às drogas?!

Apresentação	6
<i>Bruce K. Alessander, Emerson E. Merhy, Paulo Silveira</i>	
Presentation	7
<i>Bruce K. Alessander, Emerson E. Merhy, Paulo Silveira</i>	
Manifesto	9
<i>Maria Margarida Pressburger</i>	
Dependência dos opiáceos: Rat-park revisitado	19
<i>Bruce K Alexander</i>	
Opioid Addiction: Rat Park Re-Visitedⁱ	57
<i>Bruce K. Alexander</i>	
Descriminalização das drogas: é preciso recuperar o espaço público e o direito de viver	89
<i>Ademar Arthur Chioro dos Reis, Fernando Sfair Kinker, Lumena Almeida Castro Furtado</i>	
Drogas, o que são? Por que usamos? Por que devemos repensá-las?	113
<i>Belchior Puziol Amaral, Sandra Djamboladjian Torossian</i>	
Por uma descriminalização dos discursos e das práticas de saúde no campo das políticas de drogas no Brasil	133
<i>Camila Cristina de Oliveira Rodrigues, Ricardo Sparapan Pena, Sérgio Resende Carvalho</i>	
A guerra ao crack: A criação de uma droga demoníaca nos EUA	159
<i>Craig Reinerman, Harry G. Levine</i>	
Crack in Context: America's Latest Demon Drugⁱ	189
<i>Craig Reinerman, Harry G. Levine</i>	
A fabricação do vício	215
<i>Henrique Soares Carneiro</i>	
Contra a drogafobia e o proibicionismo: dissipação, diferença e o curto-circuito da experiência	241
<i>Luiz Eduardo Soares</i>	
Lei e ordem no campo álcool e drogas: da segurança à saúde	273
<i>Maria Alice Bastos Silva, Ana Lúcia Abrahão</i>	
Acolher é proteger, recolher é crime	299
<i>Siro Darlan</i>	
O cultivo científico da ignorância e a fantasia das soluções imediatas	311
<i>Sylvia Debossan Moretzsohn</i>	

Acolhimentos

Drogados e loucos, o que fazer com isso?	335
<i>Emerson Elias Merhy</i>	
Paradoxos entre a literalidade legal da política para o cuidado à população feminina privada de liberdade e sua execução: a vida de Bárbara coloca tudo em xeque	359
<i>Clarissa Terenzi Seixas, Elisa Gabriela Neri Rosa, Emerson Elias Merhy, Tiago Braga do Espírito Santo</i>	
Criando zonas de aceitação: Ajustando serviços a pessoas em vez de pessoas a serviços	385
<i>Dan Small</i>	
Creating Zones of Acceptance: Fitting Services to People rather than People to Servicesⁱ	429
<i>Dan Small</i>	
A Islândia sabe como impedir o uso abusivo de drogas por adolescentes, mas o resto do mundo não quer escutar	469
<i>Emma Young</i>	
Patologização da infância: novas máscaras da violência	489
<i>Maria Aparecida Affonso Moysés, Cecília Azevedo Lima Collares</i>	
Violência como disparador do cuidado aos usuários graves de álcool e outras drogas: novos sentidos, significados e destinos	513
<i>Maria Paula Cerqueira Gomes, Thais Cassiano Beiral</i>	
Marcas violentas de uma cartografia coletiva em uma ocupação urbana: Flores do Campo em Londrina (PR)	543
<i>Maira Sayuri Sakay Bortoletto, Stela Mari dos Santos, Gabriel Pinheiro Elias, Gabriel Pansardi Ruiz, Rossana Staevie Baduy</i>	

Nós

Sabemos o custo de ser um homem no século XXI?	563
<i>Patrícia Arès Muzio, Paulo Silveira</i>	
Personagens de uma vida REAL!	605
<i>César Marques</i>	
Cracolândia ou Disneylândia	627
<i>Esmeralda Ortiz</i>	
Revisitando a velha questão da redução da maioridade penal	641
<i>Irene Rizzini, Juliana Batistuta Vale</i>	
Mulheres, drogas, gravidez, maternidade e resistência	673
<i>Susan Boyd</i>	
Women, Drugs, Pregnancy and Resistance ⁱ	685
<i>Susan Boyd</i>	
Com que olhos vejo o que seus olhos não podem ver!	695
<i>Teresa Alves</i>	

ⁱ **Nota dos organizadores:** Por entender que o conhecimento deve ser socializado dentro da maior amplitude possível e que sua produção é antes de mais nada um ato político decidimos publicar os artigos dos autores estrangeiros que nos enviaram seus textos em sua língua nativa, no original e em português, sendo que a bibliografia estará sempre no texto em português.

ⁱ **Note from the organizers:** Because we understand that knowledge must be socialized as widely as possible and that its production is first and foremost a political act, we decided to publish the articles of the foreign authors who sent us their texts in their native language, in the original and in Portuguese. the bibliography will always be in the Portuguese text.

Guerra às drogas?!



Dependência dos opiáceos: Rat-park revisitado

Autor

Bruce K Alexander

Professor Emeritus da Simon Fraser University / Canadá, assessorou usuários de drogas nas ruas e prisões da cidade de Vancouver e realizou extensas pesquisas científicas a esse respeito. Atualmente investiga como o vício é incorporado na civilização moderna estruturalmente. E-mail: alexande@sfu.ca

Sumário

Durante a década de 1970, uma equipe de pesquisadores no Canadá mostrou que os ratos que vivem como um grupo em um confortável ambiente, apelidado de “o parque dos ratos” consumiram muito menos morfina do que os ratos alojados nas pequenas gaiolas solitárias que eram padrão na época. Ao contrário das visões altamente sensacionalistas sobre drogas opióides difundidas pelas mídias “oficiais”, os ratos não se sentem (Nem os da época nem os de atualmente) atraídos por um opioide poderoso, a menos que fossem alojados em confinamento solitário!

Embora esses experimentos tenham sido intencionalmente esquecidos na ocasião, eles estão agora sendo amplamente divulgados escritores e artistas populares e estão ajudando a mudar a visão simplista a respeito da relação do humano com as drogas. Este capítulo descreve alguns dos detalhes e complicações da pesquisa original do Rat Park que foram esquecidas há mais de 4 décadas e as usa para visualizar o futuro. Grande parte deste capítulo é extraído de uma publicação de 1985 de Bruce Alexander, Stanton Peele, Patricia Hadaway, Stanley Morse, Archie Brodsky e Barry Beyerstein.

Palavras-chave

Vício, Rat Park, “drogas demoníacas”, ciência, pesquisa, caixa de Skinner, índios canadenses, fragmentação, deslocamento, globalização da dependência.

Dependência dos opiáceos: Rat-park revisitado³

Bruce K. Alexander

“Opioides” ou “opiáceos” são uma grande família de drogas que inclui ópio, morfina, heroína, oxycodona, metadona, endorfinas, buprenorfina, etonitazeno, etorfina, citrato de fentanila, carfentanil e dezenas de outras drogas. Como todos atuam nos receptores opioides μ do cérebro, os vários opioides têm efeitos clínico e psicológicos assim como efeitos colaterais muito semelhantes e pico de ação similares, embora difiram muito na dose necessária para produzir esses efeitos e no tempo necessário para atingir seu pico de ação. Como os opioides têm uma capacidade insuperável de reduzir a dor física e psicológica severa, eles foram indispensáveis na medicina desde o século XVIII e continuam indispensáveis nos dias de hoje.

Diversos opiáceos foram responsáveis por grandes surtos de dependência química, mortes por overdose, crimes relacionados a drogas em vários momentos e lugares nos últimos dois séculos. Atualmente, meu país - Canadá - e os Estados Unidos estão sofrendo de um surto catastrófico e altamente divulgado de mortes por overdose de opiáceos, mais frequentemente atribuídas ao opioide sintético, o citrato de fentanila.

O citrato de fentanila é usado rotineiramente na prática médica no Canadá e nos EUA, e também é vendido ilegalmente

³ Tradução André G.C. Thomé, andregcthome@gmail.com

nas ruas. Os quem o usam ilegalmente esperam que ele produza um estado emocional muito semelhante ao produzido pela heroína ou pela oxicodona. É muito provável que a fentanila produza overdoses porque a quantidade do medicamento necessária para produzir o estado emocional desejável é tão pequena que é extremamente difícil medi-la com precisão. Uma grande quantidade de dinheiro e energia está sendo gasto para controlar essa “crise de overdose” e entender por que muitas pessoas estão tão ansiosas para usar uma droga altamente perigosa.

A fentanila, assim como os outros opiáceos, tem sido amplamente usado na medicina de forma segura, pouco divulgado há décadas, embora, como alguns medicamentos não opiáceos usados na prática médica, overdose, dependência e outros efeitos colaterais tem ocorrido em uma pequena minoria de pacientes. Muitas vezes, os mesmos medicamentos opiáceos que foram usados de forma segura e eficiente para controlar a dor em um país foram, ao mesmo tempo, proibidos e temidos em outros países. Por exemplo, a heroína foi usada na prática médica no Reino Unido por décadas sob o nome “diamorfina”, enquanto era temida e banida da prática médica nos EUA sob o nome de “heroína” (Trebach, 1982).

Pesquisadores tentaram determinar os verdadeiros efeitos das drogas opiáceos, que muitas vezes são ofuscadas pelas histórias exageradas que são contadas durante surtos de medo e pânico, para que políticas razoáveis em relação às drogas possam ser instituídas. Grande parte da pesquisa é feita com ratos e macacos em testes laboratoriais com animais.

Sob algumas condições de pesquisas, os animais de laboratório voluntariamente se injetam ou bebem grandes doses de drogas opiáceos, assim como outras drogas associadas à dependência humana. Este fato já foi tomado como parte da prova de que os remédios opiáceos causam dependência em indivíduos de todas as espécies animais, do simples rato ao *Homo sapiens* (ver Ahmed, 2018). Eu chamo essa a generalização contundente, de “a velha narrativa” (Alexander, 2018).

A velha narrativa é frequentemente combinada com imagens horripilantes e linguagem exagerada em meio ao que os sociólogos chamam de um “pânico moral” (ver Cohen, 1973/2011) sobre o aumento no uso nocivo de uma droga em particular usada em locais específicos. Essa narrativa já estava profundamente arraigada na cultura ocidental antiga, muitos séculos antes de os opiáceos se tornarem um problema, mas tem sido aplicada às drogas opiáceos desde o século XIX, foi reforçada e justificada por referência às pesquisas em animais desde 1940 (Ahmed, 2018)).

As raízes mais antigas da velha narrativa já estavam nos contos da “possessão” da alma das pessoas pelos demônios. Mas mesmo quando os demônios sobrenaturais não são incluídos nos contos, a velha narrativa costumeiramente se refere às drogas em termos extremamente dramáticos. Afirma que todos, ou pelo menos a maioria das pessoas (ou animais) que usam opiáceos perdem o controle de seu comportamento, são dominados por desejos irresistíveis de dependência ao medicamento. Hoje, no Canadá e nos EUA, a velha narrativa é geralmente explicada na

linguagem da neurociência, e não na demonologia, mas a perda do controle racional ainda é reivindicada. A velha narrativa sustenta ainda que, se as pessoas que usam drogas opiáceas puderem ser salvas de seus vícios, seria somente por tratamento profissional ou participação em grupos organizados de autoajuda. (Hoffman e Froemke, 2007; Volkow, Wang, Fowler, Tomasi e Telang, 2011; Volkow, 2018; Conselho Editorial do New York Times, 2018).

Embora a velha narrativa tenha usada para justificar o tratamento compassivo às pessoas dependentes, ao invés de punição, ela também serve para justificar a violência. Se a velha narrativa fosse verdadeira, qualquer um que vendesse um remédio opioide estaria conscientemente sujeitando cada um de seus clientes à uma condenação eterna de um viciado incurável. Esses traficantes psicopatas poderiam ser tranquilamente caçados e eliminados. Se a velha narrativa fosse verdadeira, qualquer um que se tornasse viciado aos opiáceos teria perdido todo o autocontrole e o juízo. Tais drogados “zumbis” não teriam direito nem mais à compaixão nem à piedade, por nem serem mais considerados quase humanos. A velha narrativa tem sido usada em vários países para justificar a cruel perseguição governamental de grupos raciais e minorias étnicas. Esses países incluem o Canadá, onde a guerra contra as drogas foi usada abertamente para oprimir trabalhadores imigrantes chineses na primeira metade do século XX (Murphy, 1922/1973; Alexander, 1990, 29-32). Na pior das hipóteses, antes de 1970, a guerra às drogas no Canadá era pelo menos tão brutal quanto a guerra às drogas

nos EUA (Alexander, Schweighofer e Dawes, 1996). Os Estados Unidos são famosos por usar sua guerra contra as drogas para reprimir sua população negra (Hart, 2013; Hari, 2015; Baum, 2016). Li argumentos de que o Brasil também está usando o combate às drogas para suprimir sua subclasse (Ribeiro, 2016; Rodrigues & Labate, 2016; Baird, 2017). Esses artigos parecem bastante persuasivos para mim, mas, com certeza, eu não sei o suficiente sobre o Brasil.

Embora a pesquisa em animais seja usada para sustentar a velha narrativa, a experimentação extensiva com animais e seres humanos desde o final da década de 1970 produziu resultados muito mais complexos (Heilig, Epstein, Nader, & Shaham, 2016; Ahmed, 2018). Esses resultados incluem fortes evidências de que os animais normalmente não usam opioides de uma maneira que se encaixa na velha narrativa, exceto em circunstâncias especiais. Até recentemente, os resultados complexos permaneceram em grande parte ocultos à sombra dos contos aterrorizantes da velha narrativa de perda de controle, depravação e, por fim, a salvação através de tratamentos e gerenciamento profissional.

Embora a pesquisa em animais sobre a dependência química tenha sido realizada com muitas drogas e espécies de laboratório, este capítulo concentra-se em drogas opioides em ratos de laboratório. Estamos dando atenção especial as pesquisas que conhecemos melhor. Essas pesquisas foram conduzidas quatro décadas atrás, em um cenário que veio a ser chamado de **Rat-park**. A primeira parte deste artigo é extraída de um capítulo que resume as pesquisas de Rat-park que foi incluído no

livro *The Meaning of Addiction*, de Stanton Peele (ver Alexander, Peele, Hadaway, Morse, Brodsky e Beyerstein, 1985).

Depois de 1985, os resultados do Rat-park foram amplamente desconsiderados, porque as imagens alarmantes da velha narrativa e dos conseguintes “pânicos morais” os ofuscaram. O laboratório que abrigou o Rat-park foi fechado depois que seus fundos foram cortados no início dos anos 80. Os pesquisadores do Rat-park mudaram para outros temas de pesquisa. Ao longo das décadas, dois dos pesquisadores originais, Patricia Hadaway e Barry Beyerstein, morreram.

Justamente, durante esse longo período, no entanto, o Rat-park tornou-se pouco a pouco amplamente reconhecido na literatura internacional sobre dependência. As descobertas básicas apareceram em livros e artigos populares bastante lidos (por exemplo, Slater, 2005; Maté, 2008; Macmillan, 2013; Hari, 2014.) Enquanto isso, uma nova geração de cientistas que fazem pesquisas em animais replicou os resultados originais do Rat-park com outras drogas, ampliando as ideias para novos horizontes.

Este capítulo é nossa primeira revisão detalhada dos experimentos originais desde nossa publicação conjunta em 1985, um terço de século atrás. Ele descreve algumas das dificuldades que foram ignoradas em relatos simplificados da história do Rat-park na literatura popular. Ele também resume algumas das novas pesquisas e pensamentos de outros laboratórios nas décadas seguintes após o encerramento abrupto do Rat-park.

Pesquisa animal sobre vício em opioide.

Inúmeras pesquisas laboratoriais a respeito da auto aplicação de opiáceos por animais surgiram há oito décadas (Seevers, 1936; Spragg, 1940; Ahmed, 2018). Spragg mostrou de forma convincente que os chimpanzés socialmente isolados que receberam uma série de injeções de morfina, voluntariamente se submeteram a injeções contínuas. Quando esses chimpanzés estavam sofrendo sintomas de abstinência, eles repetidamente escolheram injeções de morfina sobre os alimentos em testes de escolha. Subsequentemente, Nichols et al. (1956) demonstraram que os ratos ingeriam soluções de morfina em detrimento da água sob condições específicas, em que se aprende que ingerir a droga reduz os sintomas de abstinência.

Assim, na década de 1960, pesquisadores da Universidade de Michigan desenvolveram uma técnica simples e fotogênica que permitia que ratos em uma caixa de Skinner se injetassem com pequenas infusões das drogas através de um cateter permanentemente implantado (Weeks e Collins, 1968, 1979; Woods e Schuster, 1971). Isso levou a uma série de estudos sobre a auto aplicação de heroína, morfina, metadona, cocaína, anfetamina, álcool, tabaco e drogas alucinógenas, em grande parte usando a técnica da caixa de Skinner. A auto aplicação foi mais alta para as drogas estimulantes, mas também foi bem alta para os medicamentos opiáceos. O tabaco, o álcool e os alucinógenos eram auto aplicados de maneira menos regulares, embora isso possa ter sido resultado da inadequação do aparelho de auto

aplicação a essas drogas (Kumar e Stolerman, 1977).

Os pesquisadores usaram o aparelho de auto aplicação da caixa de Skinner para investigar os efeitos de vários estados fisiológicos e diferentes programas de reforço nas taxas de auto aplicação. Inicialmente, o maior impacto deste trabalho, no entanto, foi que parecia fornecer evidências científicas para justificar a velha narrativa e estendê-la aos seres humanos e a todos os outros mamíferos como um grande princípio universal (ver Wikler e Pescor 1967; Bejerot 1980; Dole 1972; Goldstein 1972, 1976; Jaffe 1980; McAuliffe e Gordon 1980; Ahmed, 2018).

Agora é mais óbvio do que há meio século atrás que a auto aplicação de uma droga não é a mesma coisa que ser viciada nela e que os animais de laboratório que injetam as drogas em si mesmos são privados da vida social normal, habitat natural, e mobilidade. A maioria dos animais de laboratório foi enjaulada e atrelada a um cateter implantado, uma condição que pode ser dolorosa e que certamente inibe as atividades normais de um animal livre. Já há alguns anos atrás, alguns pesquisadores que realizaram pesquisas em animais, como Yanagita (1970), declararam fortes ressalvas às generalizações do comportamento animal para o vício humano, quando sujeitos às mesmas condições.

As Experiências do Rat-park

Nosso grupo de pesquisadores da Simon Fraser University no Canadá, inicialmente incluindo Patricia Hadaway, Robert Coombs, Barry Beyerstein e Bruce Alexander, começou a investigar de forma

experimental como os ambientes físicos e sociais afetam o uso de opioides em ratos. Utilizamos ratos albinos de laboratório da Wistar “Old Colony”, que são criaturas extremamente sociáveis, curiosas e ativas. Seus ancestrais selvagens, os ratos da Noruega, são animais intensamente sociais (Lore e Flannelly, 1977) cujas respostas sociais permanecem em grande parte intactas mesmo após centenas de gerações de reprodução em laboratório (Grant, 1963). O fármaco opioide usado nos experimentos do Rat-park foi o cloridrato de morfina, um sal de morfina que foi usado em tônicos de morfina que eram clinicamente prescritos para consumo oral naquela época. A morfina é facilmente intercambiável com outros opiáceos para seres humanos mais conhecidos hoje em dia, tanto em tratamento médico quanto em ambientes ilícitos. A atual crise de overdose de opiáceos nos Estados Unidos e no Canadá é um poderoso lembrete de que o uso por injeção não é uma parte primordial do vício em opiáceos. Um número enorme de pessoas tornou-se perigosamente viciado em opioides consumidas oralmente (por exemplo, Quinones, 2015).

Arquitetamos os estudos do Rat-park para determinar se os ratos no alojamento isolado e estéril que era similar ao usado nos estudos de caixas de Skinner ingeririam mais morfina que os animais em ambientes mais naturais. Construimos um ambiente habitacional que imitava o ambiente natural dos ratos e o chamamos de “Parque dos Ratos”. Era espaçoso, com cerca de 200 vezes a área de uma gaiola individual padrão ou de uma caixa de Skinner. Era também um ambiente estimulante: paredes e objetos pintados, com latas e aparas de madeira, para os ratos explorarem e manipularem. Talvez

o mais importante é que, abrigava uma colônia inteira de ratos 24 horas por dia: dezesseis a vinte ratos de ambos os sexos e, à medida que o tempo passava, inúmeros novos filhotes de ratos circulando.

Medimos o consumo de morfina dos ratos que foram alojados individualmente 24 horas por dia, simplesmente fixando uma garrafa contendo a solução de morfina ao lado do bebedouro normal de água dos ratos, no lado da gaiola. Ao pesar os dois frascos regularmente, media-se a quantidade de solução de fármaco e de água sem nenhuma droga que era consumida todos os dias.



Um dispositivo mais complexo que mede a quantidade de fluido consumido pelos animais que vivem em uma colônia, foi inventado e construído por Robert Coombs para medir o consumo individual no Rat-park. O dispositivo tinha uma pequena abertura em túnel para o Rat-park, que permitia a entrada de um rato de cada vez. O rato poderia escolher entre dois dosadores de gotas. Um dosador continha uma solução da droga e o outro continha uma solução inerte de controle. O dispositivo registrava automaticamente quantas vezes um rato no túnel ativava cada dosador de gotas, enquanto uma câmera foto-eletricamente ativada registrava uma marca identificadora no dorso do animal (ver Coombs et al. 1980 para descrição completa). Os dados brutos de consumo foram convertidos em três medidas da ingestão diária de morfina de cada rato: miligramas de solução de morfina, mg de morfina / kg de peso corporal e proporção de solução de morfina para o consumo total de fluido.

As soluções de morfina têm um gosto desagradavelmente amargo para os seres humanos e também, aparentemente, para os ratos. Os ratos rejeitam as soluções de morfina com os mesmos sinais de aversão que demonstram em relação a qualquer outra solução amarga, como o sulfato de quinino e água. Oferecendo uma escolha simples entre água e solução de morfina, os ratos tomam apenas uma gota ou duas da solução da droga e depois a ignoram. No entanto, Khavari et al. (1975) pesquisaram misturas de morfina e sacarose que eram doces o suficiente para que os ratos as preferissem à água

em quantidade suficiente para produzir sinais de abstinência quando a solução era removida.

Consumo de morfina em ratos sem experiência prévia com drogas opioides

O delineamento experimental que se tornou nosso experimento padrão do Rat-park media diferenças no consumo de solução de morfina adocicada entre dezoito ratos (nove de cada sexo) alojados individualmente em pequenas gaiolas e o mesmo número de ratos que viviam em uma colônia do Rat-park (Hadaway et al. 1979). Nenhum dos ratos tinha qualquer experiência com drogas opioides antes do experimento.

A fim de determinar se os dois ambientes de alojamento produziam quaisquer diferenças na atração pelo sabor do açúcar, a fase inicial do experimento ofereceu aos ratos uma escolha entre água não tratada e solução de açúcar sem morfina. A segunda fase ofereceu aos ratos uma escolha entre a solução de água e morfina. Em cinco fases subsequentes do experimento, a solução contendo morfina foi tornada cada vez mais agradável aos ratos em cada fase sucessiva, elevando a concentração de açúcar ou diminuindo a concentração de morfina. Em uma fase final, os ratos novamente tiveram uma escolha entre água pura e solução de açúcar.

Os ratos alojados individualmente ingeriram significativamente mais morfina que os animais alojados

no Rat-park (ver Figura 1), no entanto os alojamentos não incidiram sobre a preferência pela água pura com açúcar na fase inicial, e os animais do Rat-park realmente ingeriram significativamente mais da solução de açúcar na fase final (enquanto ingeriram menos da solução de morfina adoçada). Nas duas primeiras fases em que a solução de açúcar e morfina foi usada, alguns ratos em ambos os ambientes não ingeriram nenhuma solução de morfina. À medida que o sabor melhorou, os ratos enjaulados aumentaram drasticamente o consumo de morfina, enquanto os do Rat-park aumentaram o seu em apenas uma pequena quantidade. As diferenças no consumo de morfina foram grandes e estatisticamente significativas nas três últimas fases da solução de morfina e açúcar.

Este experimento sugere um efeito de gênero, com ratos fêmeas consumindo mais morfina que os machos. Não discutimos essa diferença de gênero neste capítulo, porque as diferenças de gênero apareceram em alguns de nossos experimentos, mas não em outros. Para nossos propósitos atuais, o efeito de alojamento, que encontramos em ratos de ambos os gêneros, é mais importante.

Mais tarde, replicamos o efeito de alojamento que havia sido demonstrado neste experimento, como parte de um experimento maior (Alexander et al., 1981). Esse experimento é discutido em detalhes mais adiante neste capítulo.

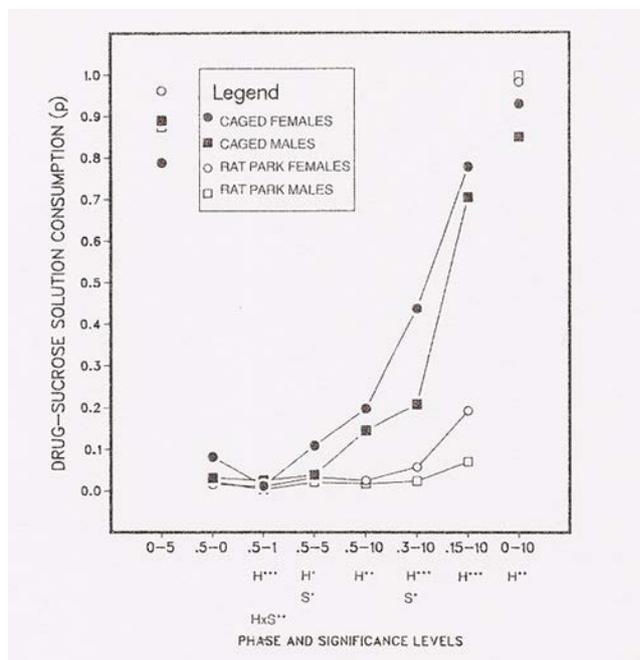


Figura 1. O experimento de Rat-park Padrão (Hadaway et al., 1979). Esta figura representa o consumo de solução de morfina-sacarose como proporção do total de fluido consumido. Assim, a fase .5-1 ofereceu aos ratos uma escolha entre água não açucarada e solução de 0.5 mg de cloridrato de morfina em uma solução a 1% de açúcar. Os números que identificam as fases sucessivas dão a composição da solução de fármaco: mg de cloridrato de morfina por ml de água seguido por uma porcentagem de sacarose em solução em peso. Os níveis de significância das análises de variância para cada fase usam os seguintes símbolos: H = efeito de alojamento, S = efeito de sexo, H x S = alojamento por interação sexual; * = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p < 0,0001$.

Consumo de morfina em ratos “previamente viciados”

Será que os animais do Rat-park ingeririam menos morfina do que os animais engaiolados quando ambos sofriam de sintomas

de abstinência de opiáceos pois já eram supostamente viciados?

Para responder a essa pergunta, Alexander et al. (1978) usaram solução de morfina sem açúcar (0,5 mg de cloridrato de morfina / ml de água) a única fonte de fluido tanto para ratos individualmente enjaulados quanto para ratos do Rat-park por cinquenta e três dias. Experiências semelhantes noutros laboratórios indicaram que a quantidade de opiáceos que estes animais ingeriram foi mais do que suficiente para causar sintomas de abstinência (por exemplo, Fuentes et al. 1978).

Intercaladas nesta fase de consumo forçado, foram quatro dias de escolha durante os quais os ratos em ambos os ambientes receberam acesso tanto à água quanto à solução de morfina. No final deste período de cinquenta e sete dias, os ratos foram colocados em um regime de treinamento projetado por Nichols et al. (1956) para ensinar aos ratos que ingerir a solução de morfina aliviaria seus sintomas de abstinência. A fase Nichols do experimento consistiu em ciclos repetidos de três dias, compreendendo um dia sem fluidos, um de apenas solução de morfina e um de apenas água. Este ciclo foi repetido oito vezes intercaladas com quatro dias de escolha de morfina e água, que ocorreram após cada par de ciclos.

Na fase final de abstinência deste experimento, toda a morfina foi retirada, exceto por dois dias de escolha entre morfina e água, um em cada duas semanas e cinco semanas após a fase do ciclo de Nichols.

Mais uma vez os resultados foram importantes e estatisticamente significativos. Nas três fases da pesquisa, os

ratos individualmente enjaulados consumiram a maior parte da morfina; durante a fase Nichols, os ratos enjaulados tinham em média cerca de oito vezes mais morfina durante os quatro dias e escolha do que os ratos do Rat-park e geralmente ingeriram mais à medida que a fase progredia. (Ver figuras 2 e 3).

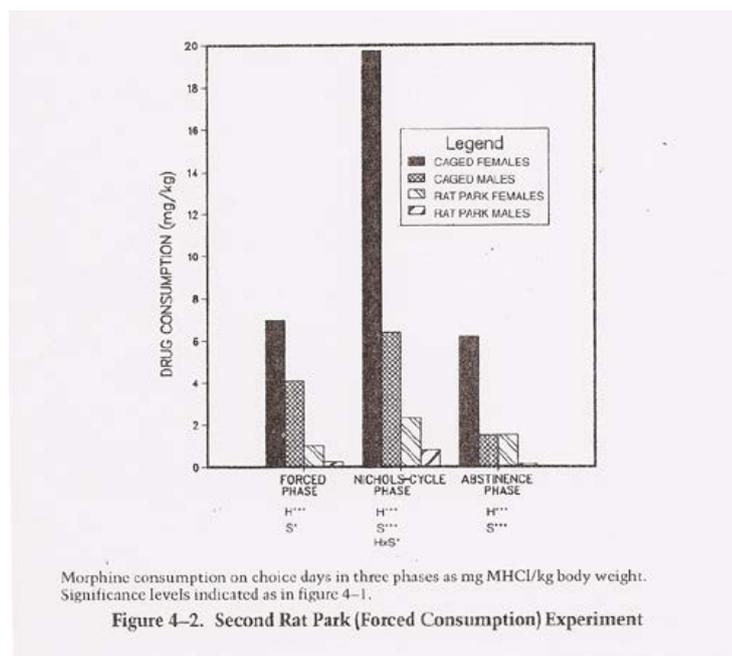


Figura 2. Experimento de Consumo Forçado (Alexander et al., 1978). O consumo de morfina é dado em mg / kg de peso corporal. Significância estatística é indicada conforme descrito na Figura 1.

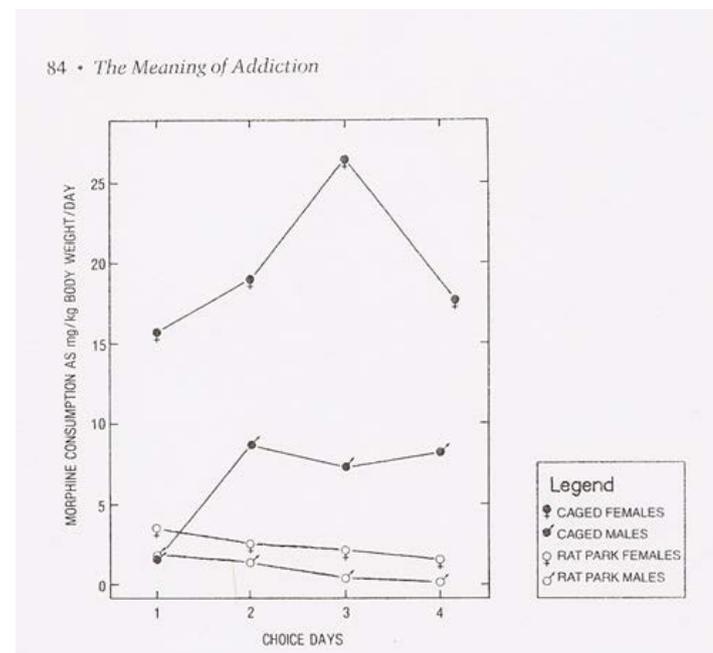


Figura 3. Ciclos de Nichols. (Alexander et al., 1978). O consumo de morfina durante os ciclos sucessivos da fase Nichols é dado como cloridrato de morfina consumido por quilograma de peso corporal. Ao longo de ciclos sucessivos, os ratos individualmente enjaulados - mas não os ratos do Rat-park - aumentaram substancialmente a sua ingestão de morfina.

Os resultados desse experimento do Rat-park com ratos “previamente viciados” refutaram a teoria da dependência química normatizadas naquela época: que os sintomas de abstinência eram tão poderosos que forneciam um ímpeto irresistível ao consumo de opiáceos. Assim como acontece com os seres humanos, a resposta de um rato após a retirada de um narcótico é influenciada por fatores situacionais. Quando alojados

no Rat-park, os animais neste experimento não agiram como se a necessidade de evitar o incômodo da abstinência fosse um imperativo irresistível.

O que causou o efeito de alojamento do Rat-park?

Os experimentos do Rat-park que foram revisados até agora refutam a velha narrativa sobre a irresistibilidade de drogas opioides que haviam sido extraídas de pesquisas anteriores em ratos e outros animais isolados em gaiolas de laboratório e em caixas de Skinner. Os dados do Rat-park indicam que a suposta irresistibilidade de opiáceos em ratos não se sustenta quando os ratos vivem num ambiente que se assemelha ao seu habitat natural, mesmo depois de os ratos terem sido “previamente viciados” por um longo período de consumo forçado de drogas opioides.

Mas por que os ratos do Rat-park ingerem menos morfina que os ratos engaiolados? As muitas distinções entre o Rat-park e uma gaiola individual padrão tornam impossível identificar os fatores específicos que afetam a ingestão de morfina dos animais. Rat-park difere de uma gaiola individual na medida em que proporciona aos ratos não apenas um ambiente social, e a oportunidade de atividade sexual, mas também mais espaço por animal e maior diversidade e complexidade do ambiente físico. Existem também muitas outras diferenças aparentemente pequenas entre os dois ambientes que podem ou não afetar o consumo de morfina. Todas essas diferenças

entre os dois ambientes laboratoriais afetaram os ratos tanto no início de suas vidas, nas semanas imediatamente após o desmame em que estavam habituados aos seus respectivos ambientes de moradia, quanto no momento em que estavam realmente escolhendo entre soluções opioides e não opioides, sendo estes animais sexualmente maduros. Qualquer um desses períodos de tempo pode ser crítico para o efeito dos dois ambientes no consumo de morfina.

Esta seção relata muitas variações no experimento referencial do Rat-park que nosso grupo realizou, algumas das quais nunca foram publicadas como artigos completos, embora tenham sido discutidas em nosso artigo de revisão de 1985. Essas pesquisas foram uma tentativa de identificar as razões mais importantes para explicar o consumo consistentemente maior de morfina em ratos individualmente enjaulados, em comparação com os ratos que viviam no Rat-park.

“Timing” do efeito de alojamento

A pesquisa que produziu os resultados mais evidentes (Alexander et al., 1981) foi idealizada para separar os efeitos de alojamento no ambiente pós-desmame dos ratos, do ambiente no momento em que os ratos estavam realmente escolhendo entre as duas soluções.

Foram alojados trinta e dois ratos machos e fêmeas em gaiolas individuais ou no Rat-park no momento do desmame (idade de 21 dias), separando metade dos ratos em cada ambiente.

Depois de 65 dias, quando os ratos atingiram a maturidade sexual, movemos metade dos ratos de cada alojamento para o outro, criando quatro “condições de alojamento”: C-C, ou seja, gaiolas individuais, tanto no início de suas vidas quanto após a maturidade; C-RP, ou seja, gaiolas individuais no início de suas vidas e Rat-park após a maturidade; RP-C, Rat-park no início de suas vidas e gaiolas individuais após a maturidade; e RP-RP, Rat-park tanto no início de suas vidas quanto após a maturidade. Após 80 dias os ratos iniciaram a experiência referencial, começando com um pré-teste de sacarose e quinina-sacarose, prosseguindo através da sequência usual de soluções de morfina-sacarose e terminando com um pós-teste de sacarose.

A Figura 4 representa os resultados desta experiência para uma das medidas de consumo de opioides nos ratos machos (os dados para as outras medidas e para as fêmeas indicam os mesmos efeitos, embora não com o mesmo grau de significância estatística; ver Alexander et al., 1981 para os dados completos).

Estes resultados são bastante complexos e requerem algum estudo - mesmo para os autores da pesquisa original, três décadas depois! Os resultados são melhor estudados com todos os dados do artigo original em mãos (ver Alexander et al., 1981).

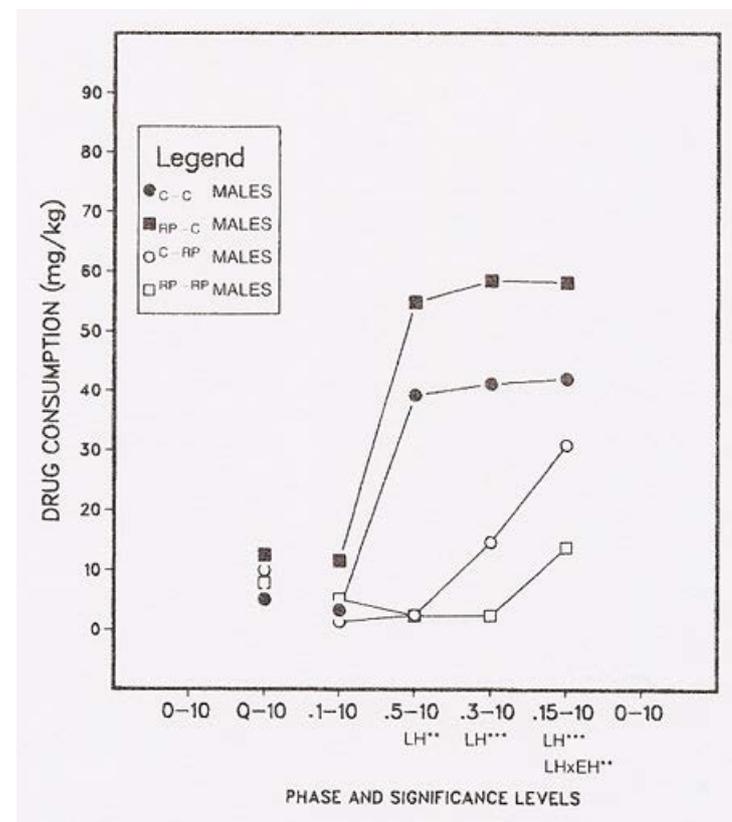


Figura 4. Consumo de morfina por kg de peso corporal para ratos machos alojados no início de suas vidas e após a maturidade em gaiolas e no Rat-park. (Alexander, et al., 1981). Abreviações para “condições de alojamento” são C para gaiola e RP para Rat-park. Assim, os machos C-C foram alojados em Rat-park, tanto no início como no final, e os machos RP-C foram alojados no Rat-park no início e em gaiolas individuais no final do experimento. A análise dos níveis de significância da variância é EH para alojamento no início de suas vidas e LH para alojamento após a maturidade. A significância estatística é indicada com asteriscos, conforme descrito na Figura 1.

Como mostra a Fig. 4, diferenças estatisticamente significativas no consumo de opioides foram encontradas para o alojamento após a maturidade, mas não para o alojamento no início. Os ratos alojados em gaiolas na época em que estavam escolhendo entre a morfina e as soluções inertes consumiam mais morfina do que os ratos alojados no Rat-park. Isso indica que, o efeito de alojamento no Rat-park foi produzido principalmente pelo ambiente no momento da escolha entre a morfina e as soluções inertes, em vez do ambiente no início de suas vidas.

Por favor, note que uma reprodução completa do experimento referencial está embutida neste experimento mais complexo, uma vez que os ratos que foram alojados no Rat-park tanto no início de suas vidas quanto após a maturidade (RP-RP) e aqueles que foram alojados em gaiolas tanto no início quanto após a maturidade (CC) foram submetidos às mesmas condições de alojamento que os ratos engaiolados e do Rat-park, descritos em Hadaway et al., 1978 (Ver Fig. 1). Os efeitos de alojamento no consumo de morfina dos ratos de ambos os sexos nos dois experimentos são muito semelhantes.

No entanto, um exame mais aprofundado desses dados mais complexos sugeriu uma conclusão que não havíamos previsto. Embora o alojamento no momento da escolha tivesse um efeito consistente e estatisticamente significativo no consumo de drogas, o alojamento no início de suas vidas no Rat-park diminuiu o consumo de morfina nos ratos testados no Rat-park, mas aumentou o consumo de morfina em ratos testados em gaiolas individuais. Ou melhor, podemos dizer que os ratos que foram

trocados de ambiente, consumiram mais solução de morfina do que aqueles que acabaram no mesmo ambiente da escolha inicial. Poderíamos dizer que a mudança ou deslocamento ambiental aumentou a escolha de consumir morfina, embora esse efeito só tenha atingido significância estatística (interação EH x LH) no estágio final da experiência.

Quais aspectos das diferenças ambientais produziram o efeito de alojamento? Resultados indefinidos.

A primeira característica ambiental específica testada para seu efeito no consumo de morfina foi o isolamento. Talvez o isolamento social seja o único fator que leva ao alto consumo de morfina, enquanto qualquer tipo ou grau de interação social em qualquer tipo de espaço impede o consumo de morfina. Para testar essa hipótese simples, um, dois ou quatro ratos foram alojados em gaiolas individuais do mesmo tamanho (cerca de duas vezes e meia o tamanho de uma gaiola padrão). Algumas das duplas ou quartetos tinham somente fêmeas, algumas apenas machos e algumas misturadas. Cada animal era então submetido às diferentes fases do experimento referencial do Rat-park e seu consumo de morfina medido pela pesagem das garrafas em suas gaiolas. A hipótese perfeitamente simples acabou sendo inteiramente falsa. Grupos de quatro ratos (qualquer que fossem a sua composição de gênero) ingeriram cerca de quatro vezes mais morfina que um só rato e duas vezes mais que dois. Em outras palavras, o ambiente social não teve efeito sobre o consumo

de morfina quando o tamanho do espaço de alojamento foi mantido constante.

Nosso próximo experimento tinha como hipótese que somente o espaço de alojamento causava as diferenças no consumo de morfina nos experimentos passados do Rat-park. Construímos doze jaulas, cada uma com um metro e meio de altura (o que as torna um terço do tamanho do Rat-park, mas ainda mais de sessenta e cinco vezes maior que as gaiolas padrão). Em seguida, realizamos uma forma reduzida de nosso experimento referencial, em que quatro jaulas continham machos isolados, quatro fêmeas isoladas e quatro pares macho-fêmea. Um grupo de comparação de doze ratos (seis machos e seis fêmeas) foi alojado em gaiolas individuais. A hipótese era que todos os ratos que tivessem um espaço relativamente grande para viver, independentemente do isolamento social, resistiriam a ingerir morfina.

Na forma reduzida do experimento referencial, nós demos aos ratos uma solução de quinina-sacarose em oposição à água antes e depois do teste, juntamente com a escolha entre três soluções de morfina cada vez mais doces em oposição à água. O espaço sozinho não teve efeito aparente no consumo de morfina dos ratos isolados: não foram encontradas diferenças significativas entre os ratos isolados nas gaiolas ou nas jaulas antes ou depois do teste, nem em qualquer uma das fases de ingestão de morfina. No entanto, como mostra a figura 5, os pares enjaulados ingeriram menos morfina do que os isolados, tanto em gaiolas quanto em jaulas. O efeito de alojamento para a fase .3-10 foi significativo para os dados de consumo (ver Fig. 4).

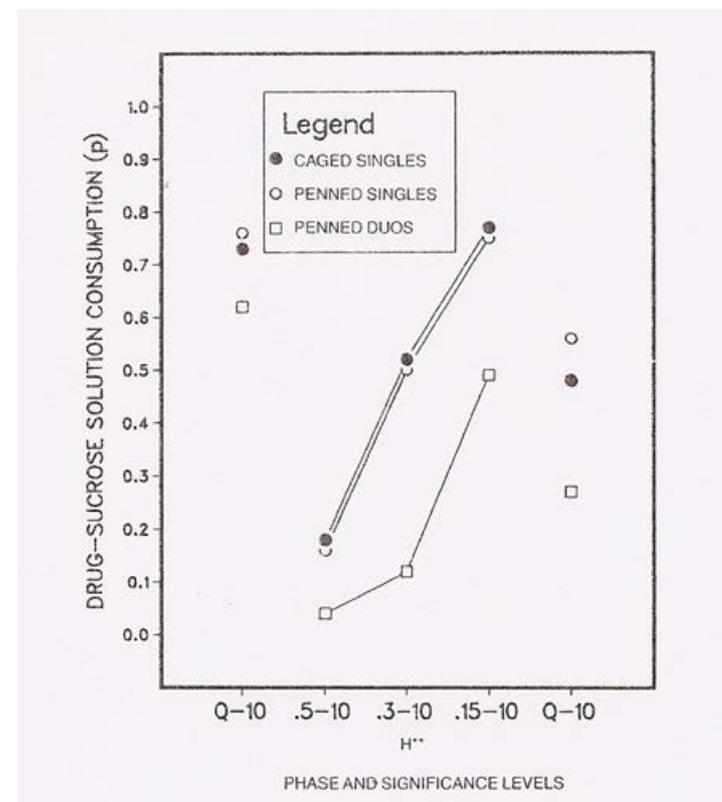


Figura 5. Consumo de morfina como proporção do consumo total de fluidos por ratos individuais em gaiolas e ratos individuais e emparelhados em currais. (Estudo não publicado.) Consumo de morfina como proporção do total de fluido consumido. Todas as abreviaturas são as mesmas que para a figura 1, com a adição de Q-10 para representar 0,06 mg de sulfato de quinina / ml de água + 10 por cento de sacarose.

Estes resultados sugeriram que nem o isolamento nem o espaço são a causa principal da diferença nos experimentos originais do Rat-park: ratos que tinham mais espaço além de

um companheiro, ingeriram significativamente menos morfina na fase .3-10 do que aqueles que não tiveram pelo menos uma, dessas condições (ver figura 4).

Infelizmente, esses resultados foram significativos apenas em uma única fase do experimento. Os resultados também são enfraquecidos pelas grandes (mas estatisticamente não significativas) diferenças entre os grupos antes do teste, que sugerem que o sabor, assim como os efeitos das drogas, pode ter justificado a diferença no consumo de morfina entre as duplas enjauladas e os outros dois grupos do experimento.

Criamos outra versão do experimento referencial para esclarecer esse resultado decepcionante. Neste experimento, foram encontradas quatro condições de alojamento: isolados em gaiolas, pares em gaiolas, isolados nas jaulas e pares nas jaulas. Infelizmente, os resultados deste experimento não foram utilizáveis, pois houve diferenças significativas nos resultados antes do teste (no qual os ratos escolheram entre uma solução de açúcar de quinina e água) na mesma forma das diferenças entre os estágios experimentais anteriores, quando os ratos escolheram entre soluções de morfina adoçadas e água. Portanto, é provável que diferenças no consumo de morfina entre os grupos tenham resultado, pelo menos parcialmente, de uma aversão às soluções agrídoces de alguma forma produzidas pelas diferentes condições de alojamento. Este foi o começo de uma série de complicações mais sérias.

Replicações falhadas no Rat-park com “New Colony Wistars”

A fim de resolver a possibilidade, sugerida pelo experimento que acabamos de descrever, de que as diferenças na preferência do paladar desempenharam um papel importante em nossos resultados anteriores, reexecutamos um experimento referencial do Rat-park, empregando um opiáceo virtualmente insípido, o etonitazeno. (Etonitazeno é insípido porque, como a fentanila e a carfentanila, é muito mais potente do que a heroína e a morfina e, portanto, deve ser usado em doses muito mais baixas. Em doses eficazes o etonitazeno é insípido para os seres humanos, tornando-o mais útil e mais perigoso do que Opioides menos potentes.) O novo experimento utilizou um dispositivo novo e melhorado para medir o consumo de fluidos no Rat-park. O efeito de alojamento do Rat-park não foi confirmado sob estas condições.

O efeito de alojamento do Rat-park sequer foi confirmado nos dois experimentos subsequentes, que utilizaram morfina nos projetos experimentais referenciais do Rat-park. (Petrie, 1985; 1996). As repetições fracassadas não ocorreram porque os animais do Rat-park consumiram mais morfina do que nos estudos anteriores, mas porque os animais isolados ingeriram menos, equalizando aproximadamente a quantidade de morfina consumida nas duas condições de alojamento.

A não replicação não é um problema fatal em pesquisas de laboratório, mas requer estudos subsequentes para determinar

por que ocorreu. Muitos fatores podem determinar os resultados dos experimentos e nem todos eles podem ser controlados. Será que a não reprodução ocorreu porque estávamos usando uma nova linhagem de ratos, ou porque o aparelho que foi modificado, supostamente melhorado, para medir o consumo de drogas e água no Rat-park não funcionou tão bem quanto os aparelhos originais, ou simplesmente porque o efeito do Rat-park não foi tão determinante quanto havíamos inicialmente postulado?

Ainda não podemos afirmar com certeza por que essas não reproduções ocorreram. Uma análise detalhada por Bruce Petrie, o pesquisador que efetivamente conduziu os experimentos de não reprodução em nosso laboratório, descobriu a razão mais provável (Petrie, 1985, pp. 65-83). A razão mais provável é o fato de que a linhagem de ratos que usamos, fornecida pela Charles River Canada, mudou em novembro de 1979 após a conclusão da coleta de dados para Alexander et al., 1981).

As “New Colony Wistars” substituíram os chamados “Old Colony Wistars”, que foram usados em todos os nossos experimentos demonstrando o efeito Rat-park. Os ratos da “New Colony Wistars” não eram descendentes genéticos diretos dos ratos da “Old Colony Wistars” (Petrie, 1985, p. 71), mas estavam intimamente relacionados. Eles foram considerados “novos” porque foram expurgados de “anticorpos positivos” para vários vírus que haviam atormentado a antiga linhagem. As condições de alojamento durante a reprodução também diferiram entre os animais antigos e os novos, assim como o tamanho da ninhada. As novas fêmeas produziram em média dois filhotes a mais por ninhada.

De acordo com as conversas de Bruce Petrie com outros pesquisadores canadenses, os “New Colony Wistars” diferem comportamental e temperamentalmente dos “Old Colony Wistars” em vários aspectos, incluindo estarem menos dispostos a ingerir soluções contendo álcool (Petrie, 1985, p. 68-69; 1996). Uma comparação experimental publicada sobre o “Old Colony Wistars” e o “New Colony Wistars” demonstrou uma diferença nas respostas das duas sublinhagens à administração recorrente de naltrexona (Ng Cheong Ton, Blair, Holme e Amit, 1983). A naltrexona é um antagonista opiáceo. Esses pesquisadores sugeriram que esses resultados podem ser causados por diferenças entre as duas sublinhagens na “articulação da função da dopamina pelos peptídeos opioides via receptores opiáceos” (Petrie, 1985, p. 68).

Assim, a causa mais provável da não reprodução das experiências originais do Rat-park foi que uma nova sublinhagem de ratos de laboratório tinha muito menos apetite para consumir drogas opiáceas do que os nossos ratos Wistar originais de “antiga linhagem”. Entretanto, confirmar essa interpretação exigiria uma extensa experimentação, o que nunca ocorreu porque nosso laboratório já tinha sido fechado.

O Rat-park se aposenta

Não conseguimos resolver de forma conclusiva o mistério de nossas não reproduções, porque o Rat-park foi fechado definitivamente por nossa universidade devido a um problema

sério com o sistema de refrigeração no laboratório que não pudemos consertar por falta de recursos. Não tínhamos mais fundos porque as agências financiadoras de quatro décadas atrás, no meio de uma guerra feroz contra as drogas, não estavam interessadas em pesquisas que contradissem radicalmente o entendimento convencional e oficial de que os remédios opioides causavam dependência de opiáceos.

Apesar do final abrupto e inconclusivo da narrativa do Rat-park, continuamos confiantes no efeito de alojamento sobre o consumo de opioides que apareceu em nossos experimentos originais, porque repetimos o experimento várias vezes de maneiras diferentes com ratos “Old Colony Wistars”. O Rat-park fornece evidências sólidas contra a velha narrativa.

Também continuamos confiantes porque outros pesquisadores apoiaram - e ampliaram nossas descobertas que o isolamento social aumenta o consumo de drogas, usando heroína (Bozarth, Murray, & Wise, 1987), álcool (Wolffgramm & Heyne, 1991) e cocaína (Schenk, Lacelle e Amit, 1987). Ratos alojados em ambientes “empobrecidos” também consumiam mais cocaína do que ratos alojados em ambientes “enriquecidos” (embora não sociais) (Solinas, Thiriet, Chauvet e Jaber, 2010). Os ratos que estão sujeitos ao estresse, forçados à imobilização, ingeriram mais morfina e fentanila do que ratos desprovidos de estresse (Shaham, Alvares, Nespore & Grunberg, 1992)

A pesquisa do Rat-park não é mais o experimento laboratorial em animais que mais fortemente desacredita a

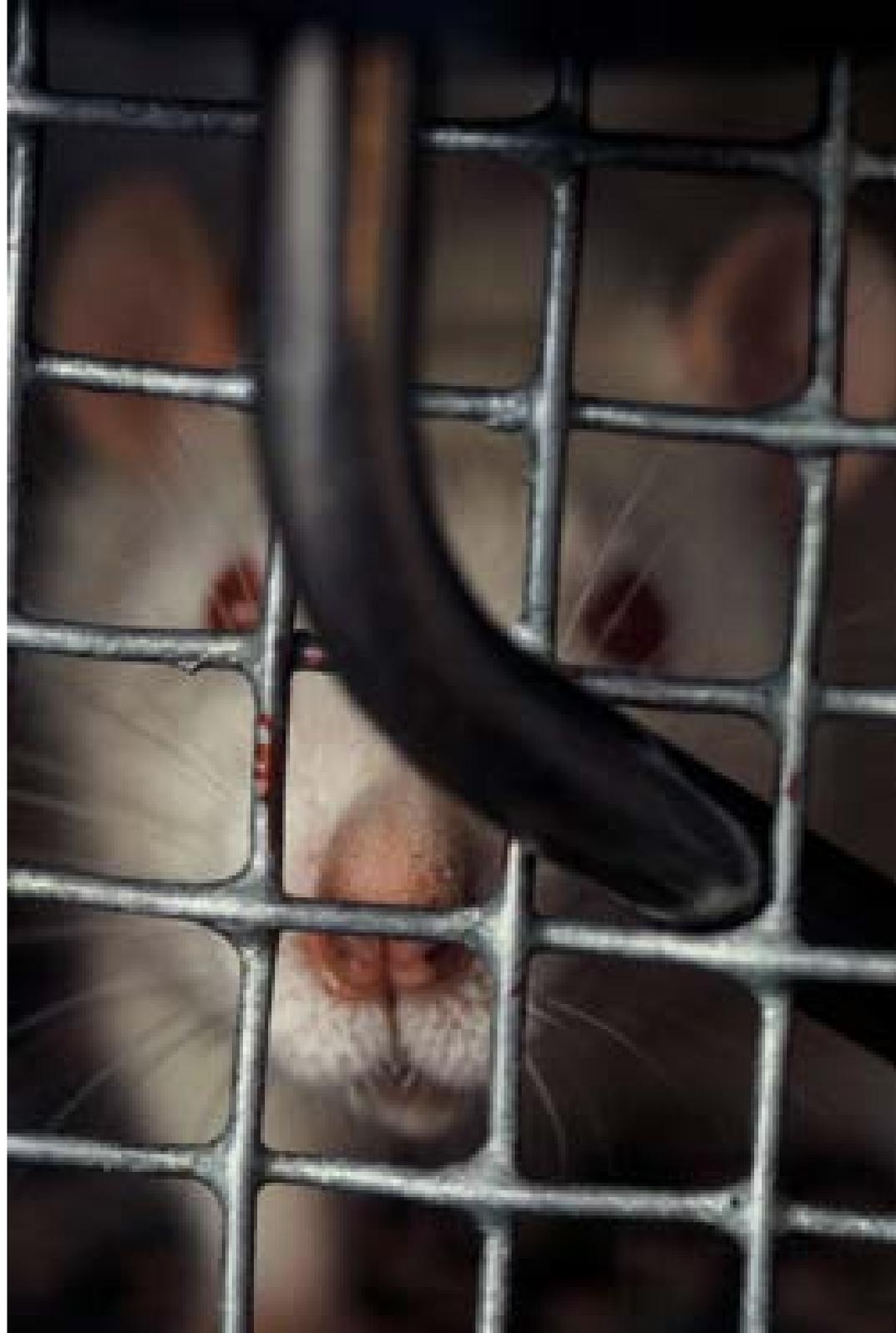
velha narrativa. Existe hoje em dia, uma pesquisa em animais muito mais sofisticada sobre estresse social, incluindo isolamento, exclusão social e rebaixamento na hierarquia social. Esses estresses sociais não apenas aumentam o consumo de drogas em animais de laboratório e seres humanos, mas também diminuem a sensibilidade à drogas e produzem mudanças neuroquímicas em áreas do cérebro ligadas ao estabelecimento dos vícios (por exemplo, Schenk, Hunt, Malovechko, Robertson, Klukowski, & Amit, 1986; Whitaker, Degoulet, & Morikawa, 2013; Zeilokowsky et al., 2018; revisão por Heilig, Epstein, Nader e Shaham, 2016).

Outra pesquisa baseou-se na observação de que o ambiente absolutamente simples de uma caixa de Skinner não é comparável ao complexo ambiente repleto de escolhas da vida humana que leva alguns a se viciarem em drogas. Quando os ratos recebem um conjunto mais amplo de escolhas e contingências, os opioides estão longe de serem irresistíveis (ver revisão por Heilig, Epstein, Nader e Shaham, 2016). Portanto, *a pesquisa em animais isolados ou socialmente estressados não pode nos dizer nada sobre as causas do vício em animais normais e seres humanos normais!*

Tendo em vista toda a pesquisa em animais, e um conjunto ainda maior de pesquisas sobre seres humanos (ver revisões de literatura de Alexander, 2008/2010, cap. 8; Alexander, 2014) que se acumularam nas últimas quatro décadas, as exageradas generalizações que provocaram os estudos do Rat-park, em primeiro lugar (em que indivíduos

de todas as espécies que usam drogas viciantes se tornam dependentes, independentemente de suas outras circunstâncias) há muito tempo perderam qualquer reivindicação válida. Os experimentos do Rat-park podem agora ser retirados da disputa acadêmica. No entanto, esperamos que nossas primeiras experiências consigam ilustrar o fato de que a velha narrativa do vício está errada para pessoas que não tem tempo de revisar toda a literatura sobre este tema.

Todavia perguntas pertinentes persistem. *Se a mera exposição às drogas não causa dependência, o que realmente acontece? Existe uma forma em que as pessoas que se tornam viciadas se sentem realmente “enjauladas”?* Acreditamos que a metáfora das “jaulas” é profunda e frutífera, e que essa crença permanece nas nossas pesquisas desde que o Rat-park foi aposentado e armazenado, um terço de século atrás. Nossa compreensão da natureza das “jaulas” humanas invisíveis na nossa sociedade, se desenvolveu lentamente ao longo deste período, mas chegamos hoje em dia com algumas conclusões determinantes. Esperamos que você se sinta tentado a explorar as conclusões que surgiram destes experimentos realizados em ratos de laboratório há tanto tempo (ver Alexander 2008/2010; 2017; 2018; Peele, 1998) e que você se junte a nós para acolher um novo paradigma que inevitavelmente substituirá a velha esgotada narrativa.



Referências

- Ahmed, S.H. (2018). "A walk on the wild side" of addiction: The history and significance of animal models. *Routledge Handbook of Philosophy and Science of Addiction*, H. Pickard and S.H. Ahmed (Eds.). New York, New York: Taylor & Francis. (pp. 192-203)
- Alexander, B.K. (1990). *Peaceful measures: Canada's way out of the 'War on Drugs'*. Toronto, Ontario: University of Toronto Press.
- Alexander, B.K. (2010). *Addiction: The view from Rat Park*. Downloaded April 22 2018 from www.brucekalexander.com/articles-speeches/rat-park/148-addiction-the-view-from-rat-park
- Alexander, B.K. (2014). *The Rise and Fall of the Official View of Addiction*. Retrieved August 11 2018 from www.brucekalexander.com/articles-speeches/277-rise-and-fall-of-the-official-view-of-addiction-6
- Alexander, B.K. (2017). *Addiction: Hopeful Prophecy from a Time of Despair*. Retrieved November 23 2017 from www.brucekalexander.com/articles-speeches/289-addiction-a-hopeful-prophecy-from-a-time-of-despair
- Alexander, B.K. (2018). *Treatment for Addiction: Why Aren't We Doing Better?* Retrieved June 18 2018 from www.brucekalexander.com/articles-speeches/treatmentarecovery/295-treatment-for-addiction
- Alexander, B.K., Peele, S., Hadaway, P.F., Morse, S.J., Brodsky, A., & Beyerstein, B.L. (1985). Adult, infant, and animal addiction. In S. Peele (ed.), *The meaning of addiction: Compulsive experience and its interpretation* (1st ed.) Lexington, Massachusetts: D.C. Heath.
- Alexander, B.K., Beyerstein, B.L., Hadaway, P.F., & Coombs, R.B. (1981). Effects of early and later colony housing on oral ingestion of morphine in rats. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 15, 571-576.
- Alexander, B.K., Coombs, R.B., and Hadaway, P.F. (1978). The effects of housing and gender on morphine self-administration in rats. *Psychopharmacology*, 58, 175-179.
- Alexander, B.K., Schweighofer, A.R.F., & Dawes, G.A. (1996). American and Canadian drug policy: A Canadian perspective. In W.K. Bikel & R.J. DeGrandpre (Eds.), *Drug policy and human nature: Psychological perspectives on the control, prevention, and treatment of illicit drug use* (pp. 251-278). New York: Plenum.
- Baird, V. (2017, October 1). We have a lot to teach the city. *New Internationalist*. Retrieved January 23 2018 from <https://newint.org/features/2017/10/01/brazilian-favelas>
- Baum, D. (2016, April). *Legalize it all: How to win the war on drugs*. Harpers <https://harpers.org/archive/2016/04/legalize-it-all/>
- Bejerot, N. (1980). *Addiction to pleasure: A biological and social psychological theory of addiction*. In *Theories on drug abuse* (D.L. Lettieri, M. Sayers, and H.W. Pearson (Eds.). Research Monograph 30. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse.
- Boland, F.J. (1983, June 30). Open letter concerning failure to replicate with new colony Wistar rats. Queens University, Kingston, Ontario, Canada.
- Bozarth, M.A., Murray, A., & Wise, R.A. (1987). Influence of housing conditions on the acquisition of intravenous heroin and cocaine self-administration in rats. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 33, 903-907.
- Coombs, R.B., Alexander, B.K., Davis, C.M., Hadaway, P.F., & Tressel, W.K. (1980). A drug dispenser to measure individual drinking in rat colonies. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 13, 593-595.
- Cohen, S. (1973). *Folk devils and moral panic*. London: Routledge.
- Dole, V.P. (1972). Narcotic addiction, physical dependence, and relapse. *New England Journal of Medicine*, 286, 988-992.
- Editorial Board of the New York Times. (2018, April 21). An opioid crisis foretold. *Editorial*, *New York Times*. Retrieved April 21 2018 from https://www.nytimes.com/2018/04/21/opinion/an-opioid-crisis-foretold.html?rref=collection%2Fsectioncollection%2Fopinion-editorials&action=click&contentCollection=editorials®ion=stream&module=stream_unit&version=latest&contentPlacement=3&pgtype=sectionfront
- Goldstein, A. (1972). Heroin addiction and the role of methadone in its treatment. *Archives of General Psychiatry* 26, 291-297.
- Goldstein, A. (1976). Heroin addiction: Sequential treatment employing pharmacological supports. *Archives of General Psychiatry*, 33, 353-358.
- Grant, E.C. (1963). An analysis of the social behaviour of the male laboratory rat. *Behaviour*, 21, 216-221.
- Hadaway, P.F., Alexander, B.K., Coombs, R.B., and Beyerstein, B.L. (1979). The effect of housing and gender on preference for morphine-sucrose solutions in rats. *Psychopharmacology*, 66, 87-91.
- Hari, J. (2014). *Chasing the Scream: The first and last days of the war on drugs*. London: Bloomsbury.
- Hart, C. (2013). *High price: A neuroscientist's voyage of self-discovery that challenges everything you know about drugs and society*. New York, NY: HarperCollins.
- Heilig, M., Epstein, D. H., Nader, M. A. and Shaham, Y. (2016) 'Time to connect: bringing social context into addiction neuroscience', *Nature Reviews Neuroscience*, 17, 592-599.
- Hoffman and S. Froemke. (2007). *Addiction: Why Can't They Just Stop?* New York, New York: Rodale.
- Jaffe, J.H. (1980). *Drug addiction and drug abuse*. In Goodman and Gilman's *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, (6th Ed.). New York: Macmillan.
- Khavari, K.A., Peters, T.C., & Baity, P.L. (1975). Voluntary morphine ingestion, morphine dependence, and recovery from withdrawal signs. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 3, 1093-1096.
- Kumar, R. and Stolerman, I.P. (1977). Experimental and clinical aspects of drug dependence. In L.L. Iverson, S.D. Iverson, and S.H. Snyder (eds.) *Handbook of Psychopharmacology*. New York, New York: Plenum.

- Lore, R. & Flannelly, K. (1977). Rat Societies. *Scientific American*, May, 106-116
- Macmillan, S. (2013). Rat Park. Downloaded April 22 2018 from www.stuartmcmillan.com/comic/rat-park/
- Maté, G. (2008) *In the Realm of Hungry Ghosts: Close Encounters with Addiction*, Toronto: Knopf.
- McAuliffe, W.E. & Gordon, R.A. (1980). Reinforcement and the combination of effects: Summary of a theory of opiate addiction. In *Theories on Drug Abuse*. In D.J. Lettieri, M. Sayers, and H.W. Pearson (Eds.) Research Monograph 30. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse.
- Murphy, E. (1973). *The black candle*. Toronto, ON: Coles. (Original work published 1922).
- Ng Cheong Ton, M.J., Blair, R., Holmes, L., Amit, Z. (1983). Effects of chronic naltrexone on amphetamine locomotor activity. *Substance and Alcohol Actions/Misuse*, 331-336.
- Nichols, J.R., Headlee, C.P., & Coppock, H.W. (1956). Drug addiction I: Addiction by escape training. *Journal of the American Pharmacological Association*, 45, 788-791.
- Peele, S., (1998). *The meaning of addiction: Compulsive experience and its interpretation*. San Francisco, California: Jossey-Bass. (Originally published 1985).
- Petrie, B. (1985). Failure to replicate an environmental effect of morphine hydrochloride consumption. Unpublished Doctoral Dissertation, Simon Fraser University, Burnaby, BC, Canada.
- Petrie, B. (1996). Environment is not the most important variable in determining oral morphine consumption in Wistar rats. *Psychological Reports*, 78, 391-400
- Quinones, S. (2015). *Dreamland: The True Tale of America's Opiate Epidemic*. New York: Bloomsbury.
- Ribeiro, E. (2016, February 29) How Brazil's War on Drugs became a Crusade against People of Color. Open Society Foundations.
- Rodrigues, T. & Labate, B.C. (2016). Brazilian Drug Policy: Tension Between Repression and Alternatives. In B.C. Labate, C. Cavnar, & T. Rodrigues (eds.), *Drug Policies and the Politics of Drugs in the Americas*, chap. 11. New York, NY: Springer.
- Schenk, S., Hunt, T., Malovechko, R., Robertson, A., Klukowski, G., & Amit, Z. (1986). Differential Effects of Isolation Housing on the Conditioned Place Preference Produced by Cocaine and Amphetamine. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 24, 1793-1796.
- Schenk, S., Lacelle, Gordon, and Amit, Z. (1987). Cocaine self-administration in rats influenced by environmental conditions: implications for the etiology of drug abuse. *Neuroscience Letters*, 81, 227-231.
- Seevers, M.H. (1936). Opiate addiction in the monkey I: Methods of Study. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 56, 147-156.
- Shaham, Y., Alvares, K., Nespore, S.M., & Grunberg, N.E. (1992). Effect of Stress on Oral Morphine and Fentanyl Self-Administration in Rats. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 41, 615-619.
- Skinner, B.F. (1972). *Beyond freedom and dignity*. New York, New York: Bantam Books.
- Slater, L. (2005). *Opening Skinner's Box: Great Psychological Experiments of the Twentieth Century*. New York: Norton.
- Solinas, M., Thiriet, N., Chauvet, C., & Jaber, M. (2010). Prevention and treatment of drug addiction by environmental enrichment. *Progress in Neurobiology*, 92, 572-592.
- Spragg, S. D. S. (1940) Morphine addiction in chimpanzees, *Comparative Psychology Monographs*, 15, 1-132.
- Trebach, A.S. (1982). *The heroin solution*. New Haven, Connecticut: Yale University Press.
- Volkow, N.D. (2018, March 4). The Volkow-Lewis Debate. Retrieved March 13 2018 from <https://www.youtube.com/watch?v=05PH-IY-ELs>
- Volkow, N.D., Wang, G.-J., Fowler, J.S., Tomasi, D., and Telang, F. (2011). Addiction: Beyond Dopamine Reward Circuitry. *Proceedings of the National Academy of Science*, 108 (37), 15037-15042. Retrieved March 14 2018 from <http://www.pnas.org/content/108/37/15037>
- Weeks, J.R. and Collins, R.J. (1968). Patterns of intravenous self-injection by morphine addicted rats. In A.H. Wikler (ed.), *The Addicted States*. Baltimore, Maryland: Williams and Wilkins.
- Weeks, J.R. and Collins, R.J. (1979). Dose and physical dependence as factors in the self-administration of morphine by rats. *Psychopharmacology* 65, 171-177.
- Whitaker, L.R., Degoulet, M. & Morikawa, H. (2013). Social Deprivation Enhances VTA Synaptic Plasticity and Drug-Induced Contextual Learning. *Neuron*, 77, 335-345.
- Wikler, A.H. and Pescor, F.T. (1967). Classical conditioning of a morphine abstinence phenomenon, reinforcement of opioid-drinking behaviour, and "relapse" in morphine addicted rats. *Psychopharmacologia* 10, 255-284.
- Wolffgramm, J. & Heyne, A. (1991). Social behaviour, dominance, and social deprivation of rats determine drug choice. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 38, 389-399.
- Woods, J.H. and Schuster, C.R. (1971). Opiates as reinforcing stimuli. Stimulus properties of drugs. T. Thompson and R. Pickens (eds.), New York, New York: Appleton Century Crofts.
- Yanagita, T. (1970). Self-administration studies on various dependence producing agents in monkeys. *University of Michigan Medical Center Journal*, 36 (4, part 2), 216-224.
- Zelikowsky, M., Hui, M., Karigo, T., Choe, A., Yang, B., Blanco, M.R., Beadle, K., Gradinaru, V., Deverman, B.E., Anderson, D.J. (2018). The Neuropeptide Tac2 Controls a Distributed Brain State Induced by Chronic Social Isolation Stress. *Cell*, 173(5), 1265-1279.

Opioid Addiction: Rat Park Re-Visited

Author

Bruce K. Alexander

Counselled hard-core addicts in Vancouver's darkest city streets and prisons and conducted extensive scientific research (including "Rat Park" studies). He now researches how addiction is built into modern civilization structurally.

Summary

Four decades ago, a team of researchers in Canada showed that rats living as a group in a comfortable box called "Rat Park" consumed far less morphine than rats housed in the tiny, solitary cages that were standard back then. Contrary to highly sensationalized views of opioid drugs, then and now, rats were not attracted to a powerful opioid, unless they were housed in solitary confinement!

Although these experiments received little attention then, they are now being widely publicized by excellent popular writers and artists and are helping to change the simplistic "devil drug" view of opioid drugs. This chapter describes some of the details and complications of the original Rat Park research that have been forgotten for more than three decades, and uses them to visualize the future. Much of this chapter is extracted from a 1985 publication by Bruce Alexander, Stanton Peele, Patricia Hadaway, Stanley Morse, Archie Brodsky, and Barry Beyerstein.

Keyword

Addiction, Rat Park, "demonic drugs", science, research, Skinner box, Canadian Indians, fragmentation, displacement, globalization of dependence.

Opioid Addiction: Rat Park Re-Visited

Bruce K. Alexander

"Opioids" or "opiates" are a large family of drugs that includes opium, morphine, heroin, oxycodone, methadone, the endorphins, buprenorphine, etonitazene, etorphine, fentanyl, carfentanil, and dozens of others. Because they all act on the brain's mu-opioid receptors, the various opioid drugs have very similar medical and psychological effects and side effects and similar peak effects, even though they differ greatly in the dose required to produce these effects and the time required to reach peak effect. Because opioids have an unsurpassed capacity to reduce severe physical and psychological pain, they have been indispensable in medical practice for since the 18th century, and remain indispensable today.

Several opioids have been involved in serious outbreaks of addiction, overdose death, drug-related crime at various times and places over the past two centuries. Currently, my country – Canada – and the United States are both suffering from a catastrophic and highly-publicized outbreak of opioid overdose deaths, most often attributed to the synthetic opioid, fentanyl.

Fentanyl is routinely used in medical practice in Canada and the US and is also sold illegally on the street. Illicit users expect it to produce an emotional state that is very similar to that produced by heroin or oxycodone. Fentanyl is quite likely to produce overdoses because the amount of the drug that is

necessary to produce the desirable emotional state is so small that it is extremely difficult to measure accurately. A great deal of money and energy is being spent to bring this “overdose crisis” under control and to understand why many people are eager to use such a dangerous drug.

Fentanyl, like the other opioids, has been used extensively and safely in medical practice with little publicity for decades, even though, like some non-opioid drugs used in medical practice, overdose, addiction, and other side effects have occurred in a small minority of patients. Often, the same opioid drugs that have been used safely and effectively to control pain in one country have been, at the same time in history, banned and feared in other countries. For example heroin was safely used in medical practice in the UK for decades under the name “diamorphine” while it was feared and banned from medical practice in the US under the name “heroin” (Trebach, 1982).

Researchers have tried to determine the true effects of opioid drugs that are often overshadowed the exaggerated stories that are told during outbreaks of fear and panic so that reasonable drug policies can be instituted. Much of the research is done with rats and monkeys in animal laboratories.

Under some research conditions, laboratory research animals voluntarily self-inject or drink large doses of opioid drugs, as well as other drugs associated with human addiction. This fact was once taken as part of the proof that opioid drugs cause addiction in individuals of all animal species, from the lowly rat to *Homo sapiens* (see Ahmed, 2018). I call this sweeping

generalization, the “old story” (Alexander, 2018).

The old story is often combined with gruesome images and exaggerated language in the midst of what sociologists call a “moral panic” (see Cohen, 1973/2011) over a surge in the harmful use of a particular drug in a particular place. The old story was already deeply rooted in ancient western culture many centuries before opioids became an issue, but it has been applied to opioid drugs since the 19th century, and it has been bolstered and justified by reference to the animal research since the 1940s (Ahmed, 2018).

The most ancient roots of the old story lie in tales of “possession” of human souls by demons. But even when supernatural demons are not included in the tale, the old story is usually applied to drugs in extraordinarily dramatic terms. It asserts that all, or at least most people (or animals) who use opioids will lose control of their behaviour and be overwhelmed by irresistible addictive cravings for the drug. In Canada and the US today, the old story is usually explained in the language of neuroscience rather than demonology, but the loss of rational control is still claimed. The old story further holds that, if people who use opioid drugs can be saved from their addictions, it will only by professional treatment or membership in organized self-help groups. (Hoffman and Froemke, 2007; Volkow, Wang, Fowler, Tomasi, and Telang, 2011; Volkow, 2018; Editorial Board of the New York Times, 2018).

Although the old story has been used to justify compassionate treatment of addicted people, rather than punishment, it has also

been enlisted to justify violence. If the old story were true, anyone selling an opioid drug would be knowingly subjecting each of their customers to eternal damnation as an incurable addict. Such psychopathic traffickers can reasonably be hunted down and destroyed. If the old story were true, anyone who had become addicted to opioids would have lost all self-control and judgement. Such a drug-zombie would be entitled to no human kindness or mercy, because they would be far less than human. The old story has been used in a number of countries to justify cruel governmental persecution of disfavoured racial or ethnic groups. These countries include Canada, where the war on drugs was used quite openly to oppress Chinese immigrant labourers in the first half of the twentieth century (Murphy, 1922/1973; Alexander, 1990, 29-32). At its worst, prior to 1970, the Canadian drug war was at least as brutal as the American drug war (Alexander, Schweighofer, and Dawes, 1996). The United States is infamous for using its drug war to suppress its black population (Hart, 2013; Hari, 2015; Baum, 2016). I have read arguments that Brazil is also using the drug war to suppress its underclass (Ribeiro, 2016; Rodrigues & Labate, 2016; Baird, 2017). These articles seem quite persuasive to me, but I do not know enough about Brazil to be sure.

Although animal research is used to support the old story, extensive experimentation with animals and human beings since the late 1970s has actually produced far more complex results (Heilig, Epstein, Nader, & Shaham, 2016; Ahmed, 2018). These results include strong evidence that animals do not normally

use opioids in a way that fits with the old story except under special circumstances. Until recently, the complex results have been largely remained hidden in the shadow of the old story's terrifying tales of loss of control, degradation, and, ultimately, salvation by professional treatment and management.

Although animal research on drug addiction has been carried out with many drugs and laboratory species, this chapter concentrates on opioid drugs and laboratory rats. We are giving special attention to the experiments that we know best. These experiments were conducted four decades ago, in a setting that came to be called "Rat Park". The first part of this article is extracted from a chapter summarizing the Rat Park experiments that was included in the book, *The Meaning of Addiction*, by Stanton Peele (see Alexander, Peele, Hadaway, Morse, Brodsky, & Beyerstein, 1985).

After 1985, the Rat Park results were largely overlooked, because the dramatic imagery of the old story and of successive "moral panics" overshadowed them. The laboratory that housed Rat Park was closed after its grant funds were cut off in the early 1980s. The Rat Park experimenters moved on to different topics of research. Over the decades, two of the original researchers, Patricia Hadaway and Barry Beyerstein, have died.

Over this same long period, however, Rat Park gradually became widely known in the international literature on addiction. The basic findings have appeared in widely read popular books and articles (e.g., Slater, 2005; Maté, 2008; Macmillan, 2013; Hari, 2014.) Meanwhile, a new generation of animal researchers

were repeating the original Rat Park results with other drugs, and extending the idea in new directions.

This chapter is our first detailed review of the original experiments since our joint publication in 1985, a third of a century ago. It describes some of the complications that have been left out in simplified retellings of the Rat Park story in the popular literature. It also summarizes some of the new research and thinking from other laboratories in the decades since Rat Park was abruptly closed.

Animal Research on Opioid Addiction

Systematic laboratory studies of animal opioid self-administration began eight decades ago (Seevers, 1936; Spragg, 1940; Ahmed, 2018). Spragg showed convincingly that socially isolated chimpanzees that had been given a series of morphine injections willingly submitted to continued injections. When these chimps were experiencing withdrawal symptoms, they consistently chose morphine injections over food in a choice test. Subsequently, *Nichols et al.* (1956) demonstrated that rats would drink morphine solutions in preference to water under particular conditions designed to enhance learning that drinking the drug reduces withdrawal symptoms.

Then, in the 1960s, investigators at the University of Michigan developed a simple and photogenic technique that enabled rats in a Skinner box to inject themselves with drug infusions through a permanently implanted catheter (see Weeks

and Collins 1968, 1979; Woods and Schuster 1971). This led to a series of studies of the self-administration of heroin, morphine, methadone, cocaine, amphetamine, alcohol, tobacco, and hallucinogenic drugs, much of it using the Skinner box technique. Self-administration was highest for the stimulants but was also high for the opioid drugs. Tobacco, alcohol, and hallucinogens were self-administered less consistently, although this may have resulted from unsuitability of the self-administration apparatus to these drugs (Kumar and Stolerman 1977).

Researchers used the Skinner box self-administration apparatus to investigate the effects of various physiological states and different schedules of reinforcement on self-administration rates. The greatest impact of this early work, however, was that it seemed to provide scientific evidence for the old story, and to extend it from human beings to all other mammals like a great cosmic principle (see Wikler and Pescor 1967; Bejerot 1980; Dole 1972; Goldstein 1972, 1976; Jaffe 1980; McAuliffe and Gordon 1980; Ahmed, 2018).

It is now more obvious than it was half a century ago that merely self-administering a drug is not the same thing as being addicted to it and that the laboratory animals that inject the drugs into themselves are deprived of normal social life, natural habitat, and mobility. Most of the experimental animals were caged and harnessed to an implanted catheter, a condition that may be painful and that certainly prohibits the normal activities of a free-living animal. Long ago, a few animal researchers like Yanagita (1970) declared strong reservations about generalizing from animal behaviour to human addiction under these conditions.

The Rat Park Experiments

Our group of researchers at Simon Fraser University in Canada, initially including Patricia Hadaway, Robert Coombs, Barry Beyerstein and Bruce Alexander, set out to experimentally investigate how physical and social environments affect opioid use by rats. We used Wistar “Old Colony” laboratory albino rats, which are extremely gregarious, curious, and active creatures. Their wild ancestors, Norway rats, are intensely social animals (Lore and Flannelly 1977) whose social responses remain largely intact even after hundreds of generations of laboratory breeding (Grant 1963). The opioid drug used in the Rat Park experiments was morphine hydrochloride, a salt of morphine that was used in morphine tonics that were medically prescribed for oral consumption in those days. Morphine is readily interchangeable with today’s more notorious opioids for human beings both in medical treatment and in illicit settings. Today’s opioid overdose crisis in the United States and Canada provides a powerful reminder that injection is not a necessary part of opioid addiction. Terrifyingly large numbers of people have become dangerously addicted to opioids taken orally (e.g., Quinones, 2015).

We designed the Rat Park studies to determine whether rats in the isolated, barren housing that was similar to that used in the Skinner box studies would ingest more morphine than animals in more natural surroundings. We constructed a housing environment mimicked the rats’ natural environment and named it “Rat Park.” It was spacious, with about 200 times the floor area of a standard individual housing cage or a Skinner box. It was

also stimulating: Painted walls and objects, such as tin cans and wood shavings, for the rats to explore and manipulate. Perhaps most important, it housed an entire rat colony 24 hours each day: sixteen to twenty rats of both sexes, and, as time passed, lots of baby rats toddling about.



We measured the morphine consumption of rats that were individually housed 24 hours each day simply by fastening a drinking bottle containing the morphine solution next to the rat's regular water drinking bottle on the side of the cage. Weighing both bottles regularly provided a measure of how much drug solution and drug-free water was consumed each day.

A more elaborate device to measure fluid consumption of animals living in a colony was invented and built by Robert Coombs to measure individual consumption in Pat Park. The device provided a short tunnel opening into Rat Park that allowed one rat at a time to enter. The rat could choose between two drop dispensers. One dispenser contained the drug solution and the other contained the inert control solution. The device automatically recorded how many times a rat in the tunnel activated each drop dispenser, while a photoelectrically activated camera recorded an identifying dye mark on the back of the animal (see Coombs et al. 1980 for full description). Raw consumption data were converted into three measures of each rat's daily morphine consumption: milligrams of morphine solution, mg morphine/kg body weight, and proportion of morphine solution to total fluid consumption.

Morphine solutions taste unpleasantly bitter to human beings and also, apparently, to rats. Rats reject morphine solutions with the same signs of distaste that they show towards any extremely other bitter solution such as quinine sulphate and water. Offered a simple choice between water

and morphine solution, rats take only a drop or two of the drug solution and ignore it thereafter. However, Khavari et al. (1975) researched mixtures of morphine and sucrose that were sweet enough that rats would drink them in preference to water in quantities sufficient to produce signs of withdrawal when the solution was removed.

Morphine Consumption in Rats Without Prior Opioid Drug Experience

The experimental design that became our standard Rat Park experiment measured differences in the consumption of sweetened morphine solution between eighteen rats (nine of each sex) individually housed in small cages, and the same number of rats living in a Rat Park colony (Hadaway et al. 1979). None of the rats had any experience with opioid drugs prior to the experiment.

In order to determine whether the two housing environments produced any differences in attraction to the taste of sugar, the initial phase in the experiment offered the rats a choice between unflavoured water and sugar solution without morphine. The second phase offered rats a choice between water and morphine solution. In five subsequent phases of the experiment, the solution containing morphine was made increasingly palatable to the rats in each successive phase by either raising the concentration of sugar or lowering the concentration of morphine. In a final phase, the rats again had a choice between

plain water and sugar solution.

The individually housed rats ingested significantly more morphine than the animals housed in Rat Park (see Figure 1). There was no housing effect on preference for the plain sugar water in the initial phase, and the Rat Park animals actually drank significantly more of the sugar solution in the final phase (whereas they drank less of the sweetened morphine solution). In the first couple of phases in which morphine-sugar solution was used, some rats in both environments drank no morphine solution at all. As the flavour improved, caged rats increased their consumption of morphine dramatically while those in Rat Park increased theirs by only a small amount. The differences in morphine consumption were large and statistically significant in the last three morphine-sugar solution phases.

This experiment suggests a gender effect, with female rats consuming more morphine than males. We have not discussed this gender difference in this chapter, because the gender differences appeared in some of our experiments but not others. For our present purposes, the housing effect, which we found in rats of both genders, is more important.

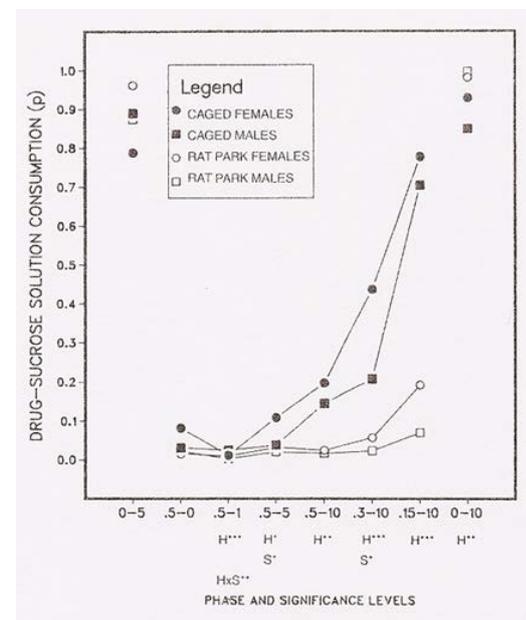


Figure 1. The Standard Rat Park Experiment (Hadaway et al., 1979). This figure depicts morphine-sucrose solution consumption as proportion of total fluid consumed. Thus, phase .5-1 offered the rats a choice between unsweetened water and solution of 0.5 mg morphine hydrochloride in a 1% sugar solution. Numbers identifying successive phases give the composition of the drug solution: mg morphine hydrochloride per ml water followed by percentage of sucrose in solution by weight. Significance levels from analyses of variance for each phase use following symbols: H = housing effect, S = sex effect, H x S = housing by sex interaction; * = $p < .05$, ** = $p < .01$, *** = $p < .0001$.

We later replicated the housing effect that had been demonstrated in this experiment, as part of a larger experiment (Alexander et al., 1981). This experiment is discussed in detail later in this chapter.

Morphine Consumption in “Pre-Addicted” Rats

But would Rat Park animals ingest less morphine than caged animals when both were suffering from opioid withdrawal symptoms because they had been presumably pre-addicted?

To answer this question, Alexander et al. (1978) used unsweetened morphine solution (0.5 mg morphine hydrochloride/ml water) the only source of fluid for both individually caged rats and Rat Park rats for fifty-three days. Similar experiments in other laboratories indicated that the amount of opioids these animals ingested was more than enough to cause withdrawal symptoms (e.g., Fuentes et al. 1978).

Interspersed in this forced consumption phase were four choice days during which the rats in both environments were given access both to water and to morphine solution. At the end of this fifty-seven-day period, the rats were put on a training regimen designed by Nichols et al. (1956) to teach rats that drinking morphine solution would relieve their withdrawal symptoms. The Nichols phase of the experiment consisted of repeated three-day cycles comprising one day of no fluids, one of only morphine solution, and one of only water. This cycle was repeated eight times interspersed with four morphine-water choice days that occurred after each pair of cycles.

In the final, abstinence phase of this experiment, all morphine was withdrawn except for two morphine-water choice

days, one each at two weeks and five weeks after the Nichols cycle phase.

Again results were large and statistically significant. In all three phases of the experiment, individually caged rats consumed the most morphine; during the Nichols phase, caged rats average about eight times as much morphine during the four choice days as did the Rat Park rats and generally ingested more as the phase progressed. (See Figs. 2 and 3).

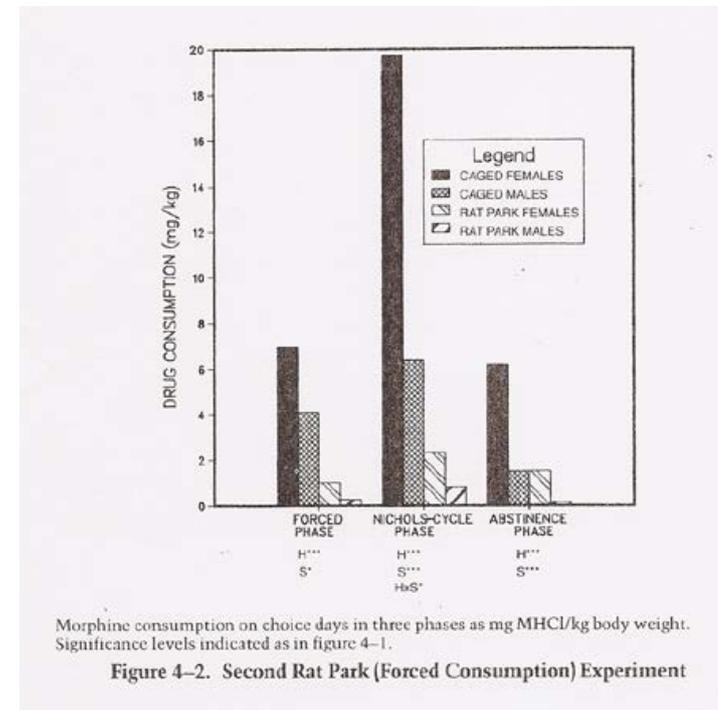


Figure 2. Forced Consumption Experiment (Alexander et al., 1978). Morphine consumption is given as mg/kg body weight. Statistical significance is indicated as described in Figure 1.

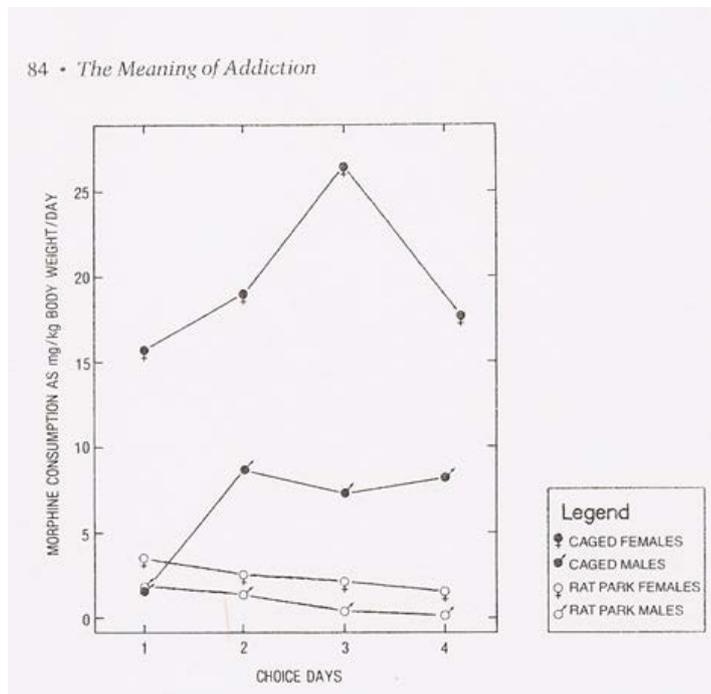


Figure 3. Nichols Cycles. (Alexander et. al., 1978). Morphine consumption during the successive cycles of the Nichols phase is given as morphine hydrochloride consumed per kilogram of body weight. Over successive cycles, the individually caged rats – but not the Rat Park rats – substantially increased their morphine intake.

The results of this Rat Park experiment with “pre-addicted” rats called into question the theory of addiction that was conventional in those days: That withdrawal symptoms were so powerful that they provided an irresistible impetus to opiate addiction. Just as with human beings, a rat’s response to being withdrawn from a narcotic is influenced by situational factors. When housed in Rat Park, animals in this experiment did not

act as though the need to avoid withdrawal discomfort was an irresistible imperative.

What Caused the Rat Park Housing Effect?

The Rat Park experiments that have been reviewed so far disprove the old story about the irresistibility of opioid drugs that had been drawn from previous research on rats and other animals isolated in laboratory cages and Skinner Boxes. The Rat Park data indicate that the supposed irresistibility of opioids to rats does not hold when the rats are living in an environment that resembles their natural habitat, even after the rats have been “preaddicted” by a lengthy period of forced consumption of opioid drugs.

But *why* do Rat Park rats ingest less morphine than caged rats? The many distinctions between Rat Park and a standard individual cage make it impossible to pinpoint the specific factors that affect the animals’ morphine intake. Rat Park differs from an individual cage in that it affords rats not only a social environment, and the opportunity for sexual activity, but also more space per animal and greater diversity and complexity of physical surroundings. There are also many other seemingly minor differences between the two environments that may or may not affect morphine consumption. All of these differences between the two laboratory environments affected that rats both early in their lives, in the weeks immediately after weaning when they were habituated in their respective housing environments, and at the time when they were actually choosing between opioid

and non-opioid solutions as sexually mature animals. Either of these time periods could be critical to the effect of the two environments on morphine consumption.

This section reports many variations on the standard Rat Park experiment that our group undertook, some of which were never published as full journal articles although they were discussed in our 1985 review article. These experiments were an attempt to identify the most important reasons for the consistently greater consumption of morphine in individually caged rats, compared to rats living in Rat Park.

Timing of the Housing Effect.

The experiment that produced the clearest results (Alexander et al., 1981) was designed to separate the housing effects of the rats' early post-weaning environment from the environment at the time that the rats were actually choosing between opioid and inert solutions.

We housed thirty-two male and female rats in either individual cages or Rat Park at weaning (age 21 days) placing half of the rats in each housing environment. At age 65 days, when the rats had reached sexual maturity, we moved half the rats in each housing condition to the other, creating four housing conditions: C-C, or individual caging both early and late; C-RP or caging early and Rat Park late; RP-C, Rat Park early and caging late; and RP-RP, Rat Park both early and late. At age 80 days the rats began the standard experiment, starting with both a sucrose and a

quinine-sucrose pre-test, proceeding through the usual sequence of morphine-sucrose solutions, and ending with a sucrose post-test.

Figure 4 depicts results of this experiment for one of the measures of opioid consumption for male rats (data for the other measures and for female rats indicate the same effects, although not with the same degree of statistical significance; see Alexander et al. 1981 for the full data set).

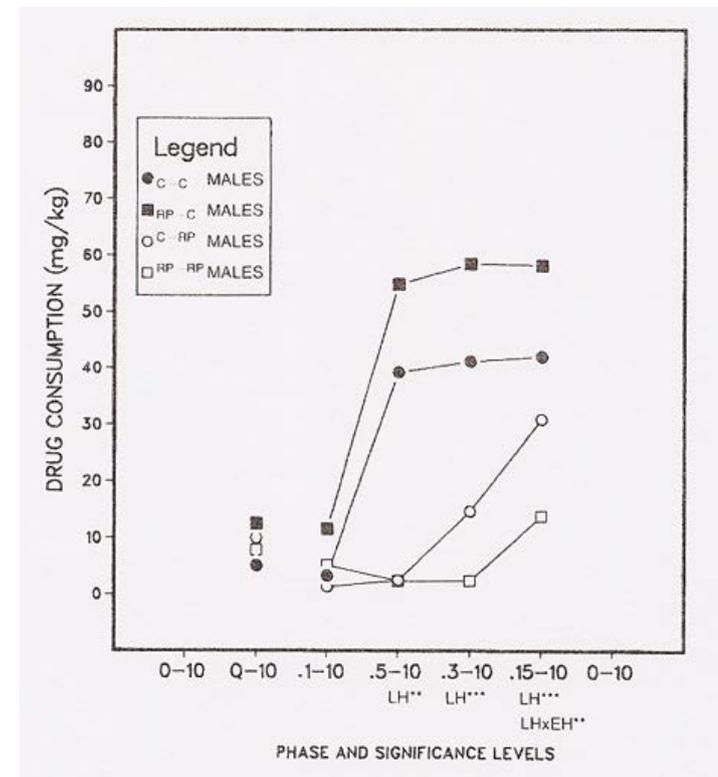


Figure 4. Morphine consumption per kg body weight for male rats housed early or late in cages and Rat Park. (Alexander, et al., 1981). Abbreviations for housing conditions are C for caged and RP for Rat Park. Thus, the C-C Males were housed in Rat Park both early and

late and the RP-C males were housed in Rat Park early and individual Cages late in the experiment. Analysis of variance significance levels are EH for early housing and LH for late housing. Statistical significance is indicated with asterisks as described in Figure 1.

These results are quite complex and require some study – even for their original authors three decades later! The results are best studied with the full data of the original journal article at hand (see Alexander et al., 1981).

As Fig 4 shows, statistically significant differences in opioid consumption were found for late housing, but not for early housing. The rats housed in cages at the time when they were choosing between morphine and inert solutions consumed more morphine than did rats housed in Rat Park. This indicates that, the housing effect in Rat Park was primarily produced by the housing environment *at the time of choosing* between the morphine and inert solutions rather than the housing environment early in life.

Please note that a full replication of the standard experiment is embedded in this more complex experiment, since the rats that were housed in Rat Park both early and late (RP-RP) and those that were housed in cages both early and late (C-C) were subjected to the same housing conditions as the Caged and the Rat Park rats described in Hadaway et al., 1978 (See Fig. 1). The effects of housing on morphine consumption of the rats of both sexes in the two experiments are very similar.

However, further examination of these more complex data suggested a conclusion that we had not anticipated. Although the housing at the time of choosing had a consistent, statistically

significant effect on drug consumption, early housing in Rat Park *decreased* morphine consumption in the rats that were given the choice test in Rat Park, but it *increased* morphine consumption in rats that were given the choice test in individual cages. Another way of saying this is that the rats that had been shifted from one environment to the other consumed more morphine solution than those who ended up in the same housing environment at the time of choosing. We could say that *environmental change* or *dislocation* enhanced choosing to consume morphine even though that effect only reached statistical significance (the EH x LH interaction) at the final experimental stage.

Which Aspects of the Environmental Differences Produced the Housing Effect? Ambiguous Results.

The first specific environmental feature tested for its effect on morphine consumption was isolation. Perhaps social isolation is the single factor that leads to high morphine consumption, whereas any kind or degree whatsoever of social interaction in any kind of space whatsoever deters morphine consumption. To test this simple hypothesis, one, two, or four rats were housed in single cages of the same size (about two-and-a-half times the size of a standard cage.) Some of the duos and quads were all female, some all male, and some mixed. The animals were then the phases of the standard Rat Park experiment and their consumption of morphine measured by weighing the bottles in their cages. The perfectly simple hypothesis turned out to be perfectly false.

Groups of four rats (whatever the sexual composition) ingested about four times as much morphine as one rat and twice as much as two. In other words, social housing had no effect on morphine consumption when the size of the housing environment was held constant.

Our next experiment hypothesized that living space alone had caused the differences in morphine consumption in the previous Rat Park experiments. We constructed twelve pens, each five-foot square (making them one-third the size of Rat Park but still more than sixty-five times as large as standard cages). We then performed an abbreviated form of our standard experiment in which four of the pens contained single males, four single females, and four male-female pairs. A comparison group of twelve rats (six male and six female) were housed in individual cages. The hypothesis was that all the rats that had a relatively large space to live in, regardless of social isolation, would resist drinking morphine.

In the abbreviated form of the standard experiment, we gave the rats a quinine-sucrose solution vs. water pre-test and post-test along with the choice between three increasingly sweet morphine solutions vs. water. Space alone had no apparent effect on morphine consumption of isolated rats: No significant differences were found between the caged and the penned singles in the pre-test or post-test or in any of the morphine-intake phases. However, as figure 5 shows, the penned pairs drank less morphine than both the penned and the caged singles. The housing effect for the .3-10 phase was significant for the proportion data. (See Fig. 4).

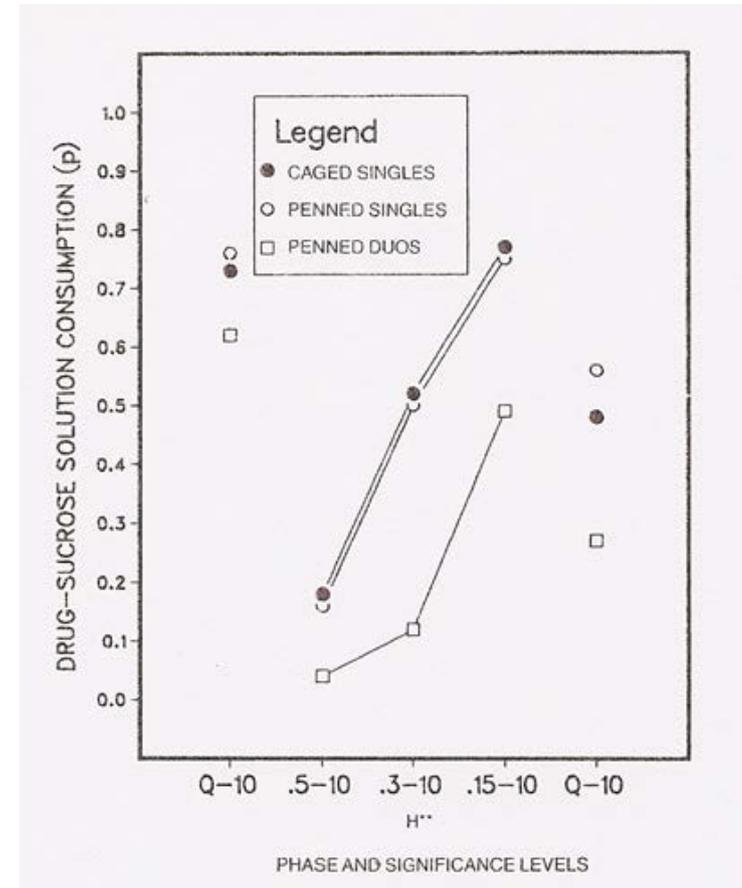


Figure 5. Morphine consumption as proportion of total fluid consumption by individual rats in cages and individual and paired rats in pens. (Unpublished study.) Morphine consumption as proportion of total fluid consumed. All abbreviations same as for figure 1, with the addition of Q-10 to represent 0.06 mg quinine sulfate/ml water + 10 percent sucrose.

These results suggested that neither isolation nor space alone is the key cause of the difference in the original Rat Park

experiments: rats that had both more space and a companion ingested significantly less morphine in the .3-10 phase than those lacking either or both of these assets (see figure 4).

Unfortunately these results were only significant at a single phase of the experiment. The results are also weakened by the large (but statistically nonsignificant) differences between the groups in the pre-test, which suggest that taste, as well as drug effects, may have accounted for the difference in morphine consumption between the penned duos and the other two groups in the experiment.

We designed another version of the standard experiment to clarify this disappointing result. In this experiment, there were four housing conditions: caged singles, caged pairs, penned singles, and penned pairs. Unfortunately the results of this experiment were not usable, because there were significant differences in the results of the pre-test (in which the rats chose between a quinine sugar-solution and water) in the same direction as the differences between in the experimental stages when the rats chose between sweetened morphine solutions and water. It is therefore probable that differences in morphine consumption among the groups resulted, at least partially, from an aversion to bittersweet solutions somehow produced by the different housing conditions. This was a beginning of a series of more serious complications.

Failed Replications in Rat Park with “New Colony Wistars”

In order to resolve the possibility, suggested by the experiment just described, that taste preference differences played a large role

in our previous results, we re-ran a standard Rat Park experiment employing a virtually tasteless opioid, etonitazene. (Etonitazene is tasteless because, like fentanyl and carfentanil, it is much more potent than heroin and morphine, and must therefore be used at much lower doses. At effective doses etonitazene is tasteless to human beings, making it both more useful and more dangerous than less potent opioids.) The new experiment utilized a new and improved device for measuring fluid consumption in Rat Park. The Rat Park housing effect was not confirmed under these conditions.

Nor was the Rat Park housing effect confirmed in two subsequent experiments that utilized morphine in the standard Rat Park experimental designs. (Petrie, 1985; 1996). The failed replications did not occur because the Rat Park animals consumed more morphine than in the earlier studies but because the isolated animals drank less, approximately equalizing the amount of morphine consumed in the two housing conditions.

Non-replication is not a fatal problem in laboratory research, but it requires follow-up studies to determine why has occurred. Many factors can determine the outcomes of experiments and not all of them can be controlled. Did the non-replication occur because we were using a new substrain of rats, or because the modified, presumably improved, apparatus that measured drug and water consumption in Rat Park did not work as well as the original machinery, or simply because the Rat Park effect was not as robust as we originally thought?

We still cannot say with certainty why these non-replications occurred. A close analysis by Bruce Petrie, the

researcher who actually conducted the non-replication experiments in our laboratory, uncovered the most likely reason (Petrie, 1985, pp. 65-83). The most likely reason is the fact that the strain of rats that we used, supplied by Charles River Canada changed in November 1979 after the completion of data collection for Alexander et al., 1981).

New Colony Wistars replaced the so-called “Old Colony Wistars,” which had been used in all our experiments demonstrating the Rat Park effect. The New Colony rats were not direct genetic descendants of the Old Colony rats (Petrie, 1985, p. 71), but they were closely related. They were considered “new” because they had been purged of being “antibody positive” for several viruses that had plagued the old colony. The housing conditions during breeding also differed between the old and new colony animals, as did the litter size. The new colony females produced an average of two more pups per litter.

According to Bruce Petrie’s conversations with other Canadian researchers, New Colony Wistars differ behaviourally and temperamentally from Old Colony Wistars on number of dimensions, including being less willing to drink solutions containing alcohol (Petrie, 1985, p. 68-69; 1996). A published experimental comparison of Old Colony and New Colony Wistars demonstrated a difference in the responses of the two sub-strains to chronic administration of naltrexone (Ng Cheong Ton, Blair, Holme, and Amit, 1983). Naltrexone is an opioid antagonist. These researchers suggested that these results may be caused by differences between the two substrains in “modulation of

dopamine function by opioid peptides via opiate receptors” (Petrie, 1985, p. 68).

Thus, the most likely cause of the non-replications of the original Rat Park experiments were that a new sub-strain of experimental rats had much less appetite for consuming opioid drugs overall than our original “old colony” Wistar rats. However, confirming this interpretation would require extensive experimentation, which never occurred because our laboratory was closed.

Rat Park Retires

We were unable to conclusively solve the mystery of our non-replications, because Rat Park was closed down for good by our university due to an expensive problem with the air conditioning system in the laboratory that we could not repair since we had no grant funds. We had no grant funds because the granting agencies of 4 decades ago, in the midst of a ferocious War on Drugs, were not interested in research which radically contradicted the conventional and official wisdom that opioid drug caused opioid addiction.

In spite of the abrupt and inconclusive ending to the Rat Park story, we remain confident in the housing effect on opioid consumption that appeared in our original experiments, because we repeated the experiment several times in different ways with Old Colony Wistar rats. Rat Park provides solid evidence against the old story.

We also remain confident because other researchers have supported – and extended our findings that social isolation

increases drug consumption, using heroin (Bozarth, Murray, & Wise, 1987), alcohol, (Wolffgramm & Heyne, 1991), and cocaine (Schenk, Lacelle, and Amit, 1987). Rats housed in “impoverished” environments have also been shown to self-administer more cocaine than rats housed in “enriched” (although not social) environments (Solinas, Thiriet, Chauvet, and Jaber, 2010). Mice that are subject to “immobilization stress” have been shown to self-administer more morphine and fentanyl than unstressed mice (Shaham, Alvares, Nespore, & Grunberg, 1992).

The Rat Park research is no longer the strongest animal evidence that discredits the old story. There is now more sophisticated animal research on social stressors including isolation, social exclusion, and low rank in the pecking order. These social stressors not only increase drug consumption in laboratory animals and human beings, but they also lower sensitivity to drugs and produce neurochemical changes in areas of the brain that have been linked to the establishment of addictions (e.g., Schenk, Hunt, Malovechko, Robertson, Klukowski, & Amit, 1986; Whitaker, Degoulet, & Morikawa, 2013; Zeilokowsky et al., 2018; review by Heilig, Epstein, Nader, and Shaham, 2016).

Other research has built on the observation that the absolutely simple environment of a Skinner box is not comparable to the complex choice-filled environment of human beings who become addicted to drugs. When rats are given a more normal set of choices and contingencies, the opioids are far from irresistible (see review by Heilig, Epstein, Nader, and Shaham, 2016). Therefore, *research on isolated or*

socially stressed animals can tell us nothing about the causes of addiction in normal animals and normal human beings!

In view of all the research on animals, and an even larger body of research on human beings (see literature reviews by Alexander, 2008/2010, chap. 8; Alexander, 2014) that has accumulated over the last four decades, the sweeping overgeneralization that provoked the Rat Park studies in the first place –that individuals of all species who use addictive drugs become addicted, regardless of their other circumstances – has long since lost any claim to validity. The Rat Park experiments can now be retired from the fray of academic disputation. Perhaps, however, our early experiments will retain the retirement role of serving as a simple illustration of the bald fact that the old story of addiction is wrong for people who do not have the time to review the more extensive literature.

But provocative questions linger. *If mere exposure to drugs does not cause addiction, what does? Is there a sense in which those people who become addicted actually feel “caged”?* We believe that the metaphor of “cages” is a deep and fruitful one, and this belief has been built into for our continuing research since Rat Park was taken down and stored away, a third of a century ago. Our understanding of the nature of invisible human “cages” has developed slowly over this period but has now reached some firm conclusions. We hope you will be tempted to explore the conclusions that grew from the rat experiments conducted so long ago (see Alexander 2008/2010; 2017; 2018; Peele, 1998) and that you will join us in welcoming the new paradigm that will inevitably replace the tired old story.



Descriminalização das drogas: é preciso recuperar o espaço público e o direito de viver

Autores

Ademar Arthur Chioro dos Reis

Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva – São Paulo (SP), Brasil. E-mail: arthur.chioro@unifesp.br

Fernando Sfair Kinker

Universidade Federal de São Paulo. Departamento Saúde, Clínica e Instituições – Santos (SP), Brasil. E-mail: fernando.kinker@gmail.com

Lumena Almeida Castro Furtado

Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva – São Paulo (SP), Brasil. E-mail: lumenafurtado@gmail.com

Sumário

O presente capítulo analisa a política de criminalização das drogas e seu efeito sobre a vida das pessoas que são usuárias, sobre a sociedade e sua relação com os interesses econômicos da chamada guerra às drogas. O campo das políticas públicas não precisa ser apenas o reflexo e o instrumento de controle e de manutenção da ordem social. Pode rechaçar esse papel de controle que o colocou na posição de delegado das formas de vida modernas para ser elemento que propõe a sua transformação, a partir do estabelecimento de novas relações com os dependentes de drogas, da produção de novos valores culturais, de novos questionamentos sobre as relações de poder e a produção de realidades e verdades. A única forma de dar respostas complexas a fenômenos complexos, como o uso prejudicial de drogas, talvez seja trabalhar com todos os atores, instituições, conceitos, práticas, valores e leis que compõem essa cena da exclusão e destruição dos usuários abusivos de drogas. A desconstrução, necessária para que o fenômeno apareça em sua complexidade, passa por questionar e superar o proibicionismo.

Palavras-chave

Descriminalização, drogas, proibicionismo, políticas públicas, guerra às drogas.

Descriminalização das drogas: é preciso recuperar o espaço público e o direito de viver

“que a importância de uma coisa não se mede com fita métrica nem com balanças nem barômetros etc. Que a importância de uma coisa há que ser medida pelo encantamento que a coisa produza em nós.”
Manoel de Barros

Introduzindo o problema

“Chego para meu primeiro dia de trabalho na chamada Cracolândia, centro de São Paulo, e vou entrando com uma agente do Consultório na Rua no espaço conhecido como “fluxo”, onde fica a maior parte das pessoas quando estão usando drogas. Naquele território se concentram muitas barraquinhas, como se fosse uma feira-livre, vendendo uma grande variedade de drogas. Sou abordada por um homem alto, com um fuzil no ombro, que me para, olha fixamente para o meu rosto fazendo um gesto circular com a mão e me diz: “Vista, pode entrar!” Perto de cada barraca, onde o comércio acontece sem que vendedores e compradores sejam importunados, notava a presença de um homem armado. Nós éramos vigiados. Eles não.”

A narrativa acima expressa de forma angustiante como o direito de circular, de abordar uma pessoa, de passar pelas ruas, praças e becos é mediado pelo tráfico, que ali dita todas as regras de ir e vir, que define as vidas que valem das que já são descartáveis. Trabalhar cotidianamente ao lado de homens armados com armamentos pesados, que as usam conforme seu

humor e regras por eles estabelecidas, foi uma experiência que não imaginamos viver, fora da situação oficial de guerra. Como disse Manoel de Barros, “há histórias tão verdadeiras que as vezes parece que foram inventadas.”

Esta cena se repete no país em centenas de lugares onde o tráfico assume ostensivamente o papel do Estado, sob os olhos condescendentes de policiais que se perfilam numa área próxima, numa convivência mais ou menos explícita.

As pessoas que ali estão, no centro de São Paulo, em situação de rua e em uso abusivo de substâncias psicoativas são na sua grande maioria, homens, negros, egressos do sistema penitenciário, com pouca escolarização e que ficam reféns desse poder armado, por acordos do passado ou pequenas dívidas do presente.

O grupo armado, por sua vez, é a face preta e pobre de uma atividade econômica que movimenta bilhões de reais no país (e no mundo): o comércio ilegal de drogas. Na Cracolândia paulista está escancarado quem, naquele território, disputa as regras de convivência e de modos de vida.

O Programa de Braços Abertos⁴, que atuou na região de 2014 a 2016, oferecia moradia, trabalho e cuidados de saúde e assistência para moradores daquele território. Muitos diminuíram fortemente o uso de SPA, com alguns meses de programa. Não era incomum serem

4 Programa De Braços Abertos, foi criado pela Prefeitura de São Paulo e regulamentado pelo Decreto Municipal Nº 55.067 em 28 de abril de 2014, no município de São Paulo, voltado para a população em extrema vulnerabilidade, em situação de rua e uso abusivo de substâncias psicoativas, propondo como alternativa o tratamento em meio aberto e inserido na sociedade. Uma política inclusiva por ofertar moradia, alimentação, trabalho, renda, cuidado em saúde e garantia dos direitos humanos.

abordados, na porta dos hotéis, quando estavam indo trabalhar, com ofertas gratuitas da droga, já que estavam “muito sumidos” do espaço de compra e uso.

Manter ali concentrada essa massa humana de pessoas em estado de grande vulnerabilidade e em uso permanente de drogas, ameaçadas permanentemente pelo tráfico, cria situações impensáveis, se o Estado democrático de direito ali tivesse algum valor. Em certa ocasião uma pasta preta foi disponibilizada por um preço baixíssimo para a experimentação dos usuários da Cracolândia. Em menos de uma semana, 54 pessoas passaram mal, 17 foram internadas e duas morreram, um homem e uma mulher, de menos de 50 anos de idade. Rapidamente a pasta sumiu de circulação. O “laboratório de teste” da nova droga mostrou que ela ainda não estava pronta para o uso em uma população mais exigente. No lugar de uma experimentação controlada sob normas de segurança, como acontece com qualquer produto para consumo humano, os donos da droga resolvem testá-la em “cobaias humanas”, vidas que o modo de viver neoliberal (DARDOT E LARVAL, 2016) taxou como descartáveis. “A dor da gente não sai no jornal...”, é o que pensam muitos dos excluídos de toda ordem que habitam o mundo das ‘cracolândias’.

Uma dada noite, a polícia entrou para resgatar dois policiais que estavam em estranha conversa com representantes do tráfico dentro do “fluxo”, que caminhava para um desfecho diferente do esperado pelos policiais. Entraram atirando e um homem adulto foi morto e um adolescente ferido que nem participavam do evento, apenas estavam na porta do bar. A população feita

de escudo na troca de tiros entre policiais e a guarda do tráfico. A morte não chegou a ser investigada e sequer foi noticiada.

Neste capítulo nos interessa, portanto, discutir a questão das drogas na perspectiva da substituição do papel do Estado pelo crime organizado, da disputa pelas vidas consideradas precárias, vida como campo da disputa política (PELBART, 2003) e da necessária disputa pelas políticas públicas de cuidado.

O proibicionismo no tempo

Souza (2018) faz um apanhado bibliográfico mostrando que não há relatos de povos e culturas na história da humanidade em que não houvesse consumo de substâncias que provocam alterações psíquicas e comportamentais. O uso de drogas está atrelado aos mais variados fins e também sempre esteve presente nas mais diversas religiões.

A relação das várias sociedades humanas com as drogas sempre foi atravessada por valores morais, religiosos, culturais e em alguns momentos mais fortemente pelos valores econômicos. Escotado (2008) faz uma extensa análise da relação com as chamadas drogas lícitas e ilícitas em várias culturas e momentos da história, desvelando a construção dos valores que vão definindo a liberação e a proibição das várias drogas e seus diferentes usos ao longo do tempo.

A Convenção Única sobre Entorpecentes, em 1961, sediada e patrocinada pelos Estados Unidos da América, é um marco na globalização do paradigma proibicionista, como analisa Fiore

(2012). O proibicionismo leva a uma postura fortemente punitiva com quem produz, vende e consome, levando à uma verdadeira guerra mundial contra as drogas. O papel do Estado nesta guerra vai sendo desenhado pelas diferentes leis nacionais que definem, em cada país, as drogas lícitas e ilícitas e a forma de combater o uso destas últimas.

Fiore (2012) desmancha as duas premissas que ele considera a base da política proibicionista: de que o consumo de drogas é uma prática prescindível e danosa e que a atuação ideal do Estado é criminalizar sua produção, comercialização e consumo. Diversos estudos demonstram que o consumo de drogas lícitas, como os psicotrópicos, por exemplo, pode ser bastante danoso para a população usuária quando feito de forma pouco cuidadosa. Para o uso abusivo de álcool, outra droga lícita, temos também muitos estudos mostrando sua forte relação com acidentes e violências. Ser lícito ou proibido não parece ser o maior diferencial para o potencial de periculosidade das drogas.

Também é interessante observar que o século XX foi marcado por uma intensa guerra contra as drogas e, ao mesmo tempo, pelo aumento do consumo de drogas, com um enorme crescimento do mercado clandestino. Junto com o tráfico de armas, o de drogas é a maior atividade criminosa no mundo atual. O combate às drogas da forma violenta como vem sendo propagado não tem ajudado a diminuir seu uso nocivo pela população, mas parece alimentar o crescimento de uma forte atividade econômica vinculada ao crime organizado.

Carneiro (2002) faz uma análise de como esta atitude

proibicionista tem um efeito contrário ao que propaga, incentivando o aumento do comércio ilícito:

“No início do século a experiência da Lei Seca, de 1920 a 1934, nos Estados Unidos, fez surgir as poderosas máfias e o imenso aparelho policial unidos na mesma exploração comum dos lucros aumentados de um comércio proibido, que fez nascerem muitas fortunas norte-americanas, como a da família Kennedy, por exemplo. O fenômeno da Lei Seca se repete no final do século XX, numa escala global, com uma dimensão muito mais gigantesca de um comércio de altos lucros gerador de uma violência crescente. O consumo de drogas ilícitas cresce não apesar do proibicionismo também crescente, mas exatamente devido ao mecanismo do proibicionismo que cria a alta demanda de investimentos em busca de lucros.” (pag.117)

Ele analisa o nexo entre o proibicionismo e a guerra às drogas e o grande aumento dos lucros do mercado clandestino e das muitas formas de violência. Trás o debate de como esta guerra, *“além de servir para o enriquecimento direto das máfias, das polícias e dos bancos, serve para o controle dos cidadãos até mesmo no íntimo de seus corpos”*. Essa análise escancara a situação descrita nas cenas iniciais deste capítulo, onde a conivência policial com o tráfico realizado a céu aberto sugere que os elementos que a determinam vão muito além do que aquilo que está previsto na lei. E o controle dos corpos se dá de forma bastante diferente, conforme a vulnerabilidade de cada usuário.

Nesta perspectiva, interessa à economia neoliberal a manutenção da guerra às drogas que precisa do proibicionismo para existir na conformação atual, como nos alerta Passos (2011): *“A economia neoliberal se fortalece através da intensificação de*

uma economia bélica, já que a lógica de guerras às drogas e a lógica de consumo não são lógicas opostas, elas se alimentam e se fortalecem mutuamente” (p. 155).

Este mesmo autor reflete sobre o estado de guerra cotidiano a que ficam submetidas algumas populações, mesmo em tempos considerados “normais:

“No atual estado de guerra global, as guerras passam a ser declaradas a inimigos não geográficos, inimigos transnacionais como são as “drogas” e o “terrorismo”, ampliando seu alcance temporal e espacial, tornando seu estado cada vez mais permanente. A aposta na guerra como forma de manter a ordem social acaba por torná-la um estado contínuo nas sociedades contemporâneas, ao invés de um estado de exceção.” (pag.155)

Esse viés discriminatório no uso da força para o controle dos corpos não é uma realidade apenas no Brasil. Rodrigues (2006), analisando a política proibicionista nos EUA, denuncia que o proibicionismo, há muito tempo, além de ser atravessado por fortes interesses econômicos e políticos, tem um componente de forte discriminação social:

“Por outro lado, de acordo com a literatura especializada consultada, nota-se um destacado viés sócio-racial na política norte-americana de proibição e controle de drogas. Nos EUA, a bandeira da reprovação moral ao uso de substâncias psicotrópicas foi empunhada pelas ligas puritanas, que influenciaram fortemente a inauguração do controle formal e a proibição de substâncias psicotrópicas, associada a determinados grupos sociais minoritários e discriminados. Muito embora o hábito de consumir drogas não fosse restrito a pessoas de baixo status social, visto que muitas pessoas das classes média e alta também as consumiam, havia uma propaganda oficial que relacionava

o uso de drogas com determinados tipos de pessoas: negros, mexicanos, chineses, tarados, desempregados e criminosos.” (Pag 62-63)

A mesma autora reflete ainda sobre a relação da chamada guerra às drogas e o aumento da população carcerária, com um número cada vez maior de pequenos traficantes cumprindo pena em regime fechado, submetido às regras e capturas do crime organizado nas prisões. Acrescenta que esta situação fica ainda mais perversa quando olhamos o “*consumidor de drogas da classe média, que tem dinheiro para pagar pelo seu vício, e o consumidor-traficante, que precisa vender a droga para sustentar suas necessidades.*” (p.163) De novo, o proibicionismo acentuando divisões sociais e gerando mais desigualdade.

A disputa do espaço público e da produção da vida

Como já referido no tópico anterior, o comércio ilegal de drogas se tornou uma forte atividade econômica no Brasil e em todo o mundo, sendo uma força central na formação do crime organizado. Zaluar (2004) discute como este atravessa as várias classes sociais, com penetração no mundo empresarial e estatal, fazendo com que “*as próprias instituições encarregadas de manter a lei tornam-se implicadas com o crime organizado*” (p.18) Para ela, a maior parte dos traficantes que são presos - normalmente pobres e homens, apesar de estar sendo observado um aumento no número de mulheres -, são pequenos traficantes, que trabalham de forma independente e não tem a proteção jurídica daqueles ligados aos grandes grupos de tráfico.

Mesmo sendo difícil mensurar, pois não há estatísticas oficiais a este respeito, assistimos a uma expansão de atividades do crime organizado, em uma articulação do tráfico de drogas e o de armas, com financiamento de candidaturas de parlamentares nas três esferas, entrada em espaços diversos do poder executivo, controle quase total de vários presídios e do aparato de segurança pública. Trata-se de uma grave ameaça à democracia, que disputa o valor da vida, que vida vale a pena e qual pode deixar de existir.

Segundo o Atlas da Violência de 2018, elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ipea e pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública - FBSP, tivemos, em 2016, 62.517 assassinatos no Brasil. É como se um Boeing com 153 pessoas caísse todos os dias. Do total de vítimas, 71,5% são negros ou pardos, 53,7% jovens e, destes, 94,6% homens. As mortes por armas de fogo representam 71,6% do total de homicídios (CERQUEIRA, 2018). Um trabalho feito pela Corregedoria da Polícia de São Paulo, em 2017, constatou que houve excesso em 74% das ocorrências policiais que mataram civis, com indícios, em um alto número delas, de sinais de execução. Mortes anônimas, muitas vezes justificadas apenas pela agenda da guerra às drogas e que não chega a virar notícia para a maior parte da população.

A dimensão e enorme exploração midiática faz parecer, para muitos, que se trata de um problema importante apenas no Rio de Janeiro e em São Paulo, mas isso não corresponde à realidade. A Secretaria de Segurança Pública do Rio Grande do Norte (G1, 2018), diante da marca histórica de 2.000 assassinatos em menos de um ano, em 2017, atribuiu a maior parte delas

(78%) ao tráfico de drogas e às disputas entre facções criminosas, que dependem deste mercado ilegal.

A agenda da descriminalização das drogas ganha espaço em muitos países, não como uma panacéia que resolverá todos os problemas, mas como uma medida que poderá diminuir o impacto da violência que cerca este tema, com diminuição da corrupção e criminalidade, sem aumento do consumo, como discutido por Boiteux (2009):

“Na atualidade, a política criminal de muitos países da Europa Ocidental já se adequou a esse modelo. A descriminalização de todos os tipos de drogas é uma realidade em Portugal e na Espanha; enquanto que Bélgica, Irlanda e Luxemburgo o fizeram somente com relação à maconha, e o Reino Unido recentemente discutiu a desclassificação da cannabis. Até mesmo nos EUA, mais especificamente na Califórnia, houve um avanço e a cannabis pode ser comprada livremente com receita médica, por indicações terapêuticas.” (p.3)

Portanto, é fundamental refletir que a criminalização das drogas é muito mais uma agenda que interessa ao mercado e aos interesses econômicos de grandes grupos capitalistas do que uma proteção às pessoas em uso abusivo dessas substâncias. Claro que, desta forma, interfere fortemente na disputa pelos diferentes modos de cuidar das pessoas em uso abusivo de drogas, tema que discutiremos a seguir, no próximo tópico.

A possibilidade de outro olhar

*“O olho vê, a lembrança revê, e a imaginação transvê.
É preciso transver o mundo.”*
Manoel de Barros

Recentemente, as mídias sociais deram destaque à entrevista realizada com um frequentador da Cracolândia, no centro de São Paulo. Nela, o homem de barbas longas e ruivas, pele branca com sardas, discorreu sobre problemas vivenciados pelos demais frequentadores num momento de recrudescimento das ações policiais na região, com o intuito - onipotente e fantasioso - de acabar com a Cracolândia.

Tirando as questões centrais que envolvem os reais interesses da Prefeitura e da especulação imobiliária que a área desperta em ‘investidores’, que motivaram a ação das autoridades públicas paulistanas, este personagem desenvolveu em seu discurso, gravado e muito acessado na internet, outras questões que problematizavam olhares e preconceitos sobre os frequentadores do local. Dizia ele mais ou menos assim: *“sim, se somos lixos humanos é devido ao rumo que o desenvolvimento da cidade, suas relações, sua forma de vida, seus valores e suas relações de poder tomou”*. Explicou, mais ou menos assim, a complexidade de suas ideias: *“se somos doentes, somos a expressão de uma sociedade doente, que delimita os espaços e os papéis sociais que cada um deve ocupar”*.

Ou seja, considera estar no lugar que lhes foi destinado e, desta forma, não sabe por que querem tanto tirá-los dali. E dispara alguns projeteis invisíveis de sua ‘metralhadora de ideias’, feitos de palavras e afetos, que alvejam sem piedade as almas abertas dispostas à escutar, transpassando os corpos endurecidos pelo cotidiano violento da vida urbana:

“Sim, todos acham que dependentes de drogas são safados e criminosos. Alguns são mesmo safados e dependentes, mas há safados que não são dependentes, que se escondem perante seus ternos e gravatas, ou qualquer outro uniforme social dedicado a eles e que lhes sirva. Aliás, o cinismo deixa transparecer que, para sobreviver e ser valorizado, você tem que exercer uma dose de safadeza. Veja, essa realidade, e o lixo humano que nos tornamos, ou pelo menos é assim que somos considerados, é o paradigma, a célula-mãe, o gene de nossa sociedade”.

Por ironia do destino, ou porque disse palavras quase insuportáveis de se escutar, essa figura ruiva e cortante nos pensamentos e palavras foi descoberto por antigos colegas, que compartilharam com ele a infância e frequentaram uma das escolas mais tradicionais de uma metrópole longínqua. Seus antigos amigos, ao verem o colega que desapareceu há anos doar seu talento à um filme na internet, logo iniciaram um movimento para reencontrá-lo e propor-lhe um tratamento. Afinal, todos tinham conseguido atingir e ocupar o lugar que lhes fora reservado, tendo se formado em universidade e se tornado altos executivos de multinacionais. O primeiro impulso que tiveram ao ver o amigo num ambiente pobre, sujo e miserável, pelo menos do ponto de vista material, foi o de se colocarem como missão encaixar novamente o amigo sardento em algum posto logo ali ao lado dos seus, no lugar de onde ele nunca deveria ter saído, mas do qual se ausentou por algum motivo inexplicável.

Pois bem, os amigos conseguiram encontrá-lo e convencê-lo, não se sabe como, a tratar-se numa clínica para dependentes químicos. Final da história: em poucos dias de internação, o

barbudo sofreu as consequências de uma forte abstinência e não resistiu, indo a óbito, o que muito diz sobre as instituições reservadas a extirpar à força as drogas de seus internos, incapazes de oferecer condições concretas de exercer um atendimento digno, sem considerar o equívoco do conceito higienista e moralista que os legitima. Restou ao filósofo ser homenageado por um programa televisivo de sucesso, como a vacinar os telespectadores de seus petardos críticos e desconstrutores. Afinal, alegam: *“o problema é a droga, que contamina e se torna epidemia: cuide-se para não pegar essa doença, tornando-se mais obediente!”*

Inserimos esse relato, composto pela nossa livre tradução do discurso daquele homem e não exatamente o que de fato ele falou, por ser profundamente inusitado, já que vem de uma pessoa cujo lugar social é marcadamente diferente daquele da maioria dos frequentadores da Cracolândia.

Afinal, estes vêm de realidades de vida onde a vulnerabilidade social esteve sempre muito presente. A Cracolândia, para muitos, é um prolongamento das áreas pobres, insalubres, sem condições dignas de infraestrutura, onde vivem ou viviam muitos de seus frequentadores: favelas, cortiços, ou mesmo a rua.

O relato nos mostra, de um jeito direto e sem rodeios, como os projetos salvacionistas, que colocam a abstinência como única forma de cuidado, respondem muito mais ao apelo moral de alguns grupos, muitas vezes religiosos, e aos interesses econômicos do mercado de comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos, do que às necessidades das pessoas.

A discussão sobre a autonomia no coloca várias reflexões sobre os valores que vão sendo construídos e impostos, na moldagem das formas de viver. Como sustentam vários autores (SPINOZA, 2009; KINOSHITA, 1996; MORIN, 1996), a autonomia é algo que implica a dependência de múltiplos elementos. Quanto mais elementos constituem nossas redes de dependência, mais é nossa condição de nos auto-determinar, entendendo que autonomia não é um movimento isolado, mas a iniciativa do ser de organizar e imprimir um sentido singular para suas múltiplas influências. A subjetividade é algo em permanente transformação, e depende do movimento de diálogo com os múltiplos elementos que compõem a existência, sejam estas pessoas, coisas ou elementos da natureza física. Assim, dizemos que a forte dependência de drogas denuncia o empobrecimento da rede mais ampla de dependências, a impossibilidade de se multiplicar as experiências e de se reconstruir o tempo todo com elas. Quando as pessoas podem acessar essa multiplicidade rica de possibilidades, a relação com as drogas se modifica, pois ela deixa de ser o elemento que possibilita mudanças no corpo, nas percepções, nos pensamentos, enfim, na produção de afetações.

Mas será que as condições socioeconômicas são determinantes para levar a uma relação de forte dependência e uso abusivo das drogas? Afinal, na Cracolândia só há pessoas que vêm de uma situação de vulnerabilidade social extrema? Não, como acabamos de exemplificar acima. Não são apenas as condições de vulnerabilidade econômica que produzem a necessidade de encontrar espaços para se afastar da realidade e produzir

experiências que lembram os sonhos. Certamente, elementos como a pobreza das relações familiares e comunitárias, a crítica à vida aprisionada pelo trabalho e à mercadoria influenciam na vinda de novos personagens para espaços viajantes e drogadictos do uso liberado de drogas.

Contudo, não pode ser desconsiderado que a maioria das pessoas que frequentam esses espaços são provenientes de regiões vulneráveis e muito pobres em termos materiais, como a região da Cracolândia paulista citada neste texto. Isso nos leva a pensar na questão já muito abordada por diferentes pesquisadores: são as drogas que levam as pessoas às ruas ou é a situação de extrema fragilidade e desfiliação presente no viver nas ruas que leva as pessoas a utilizarem drogas?

Talvez seja difícil apontar uma posição única, mas o fato é que a maioria das pessoas que estão nas ruas envolvidas com o uso prejudicial de drogas fazem parte do grupo que teria todos os motivos para se alienar e tentar viver num mundo ilusório propiciado pelo uso de drogas. E são essas pessoas que são as enviadas, muitas vezes a força, para comunidades terapêuticas ou manicômios.

Cabe também perguntar o por quê determinadas pessoas procuram espaços como a Cracolândia para permanecerem e levarem a vida. E essa é uma questão que nos interessa.

Uma coisa é certa, lá é um espaço certo e garantido para o comércio de drogas, onde se pode encontrar com mais facilidade qualquer tipo de droga. É, entretanto, diferente dos espaços de tráfico existentes nas comunidades, favelas, centros deteriorados

ou mesmo em regiões de classe média, onde também é certo encontrar drogas. Trabalhamos com a hipótese de que na Cracolândia se produzem experiências diferentes de socialização, permeadas não apenas pela violência, mas por relações de companheirismo e cooperação. Essa cooperação se dá na sintonia do uso de drogas, ou seja, às vezes as pessoas estão interagindo mais conscientes e se olham nos olhos, às vezes interagem compartilhando as viagens que as tornam parecidas com zumbis.

A Cracolândia, mesmo possibilitando uma experiência de liberdade no que diz respeito ao uso de drogas, pode não ser um lugar libertador no que se refere a outros valores tão arduamente criados e injetados nas mentes de todos os habitantes das urbes, das favelas aos condomínios de luxo. Ou seja, a Cracolândia provavelmente não é o império de uma sociabilidade única, de uma micro-sociedade que se auto-identifica na integralidade de seus valores. Talvez ela esteja mais parecida, no que se refere a este aspecto, a um lugar de produção do 'comum', este entendido como o lugar aonde cabem quase todas as diferenças, onde estas se expressam sem retaliação. Comum entendido aqui no sentido de um campo de relações que possibilita a atualização de multiplicidades e de singularidades (HARDT e NEGRI, 2012).

Reiteramos que, também para a discussão do cuidado, a descriminalização das drogas ajudaria muito a qualificar estes processos, retirando de espaços como a Cracolândia a violência cotidiana dos traficantes e policiais, deixando ali apenas as contradições que já são extremamente complexas

e desafiadoras, mas que são parte da produção das várias formas de vida.

As múltiplas dimensões do proibicionismo

A questão que se coloca quando pensamos na possibilidade de tornar factível a descriminalização das drogas é como tal iniciativa pode impactar dimensões da vida complementares como as da produção de valores culturais e de formas de vida, o combate à comercialização de drogas de baixa qualidade e, sobretudo, a questão do cuidado às pessoas envolvidas fortemente com o uso de drogas.

No que se refere à produção de valores culturais e de formas de vida, a questão do uso de drogas remete à possibilidade de questionamento das formas de sociabilidade e de existência que se consolidaram a partir da modernidade, e que tem na centralidade do trabalho uma de suas características principais. Contudo, o caráter questionador da alteração de consciência e da intensificação da sensibilidade e da percepção por meio do uso de drogas foi aos poucos perdendo seu potencial disruptivo e questionador das formas de viver e da sociabilidade do trabalho, quando passou a ser capturada e utilizada na composição de tipos sociais e associadas a fenômenos sociais que reforçam a legitimidade da sociedade do capital.

Uma forma de anular o caráter questionador e disruptivo do uso de drogas sobre as formas convencionais e funcionais ao desenvolvimento do capital foi criar as figuras do criminoso

vendedor de drogas e do dependente doente. Tais tipos sociais produzidos pela forma como o mercado e o estado foram lidando com o fenômeno das drogas não só enquadraram essas personagens em papéis sociais bem definidos, como contribuíram para produzir a sensação difusa de medo e insegurança. Justificam a ação das forças de Estado na proteção da propriedade privada, e o investimento maciço na reprodução do capital através também da indústria armamentista, da indústria cultural na produção de mensagens negativas, e mesmo na produção científica e na área das políticas públicas destinadas à formação e ao cuidado das pessoas, educação e saúde.

Se a insegurança é uma das marcas da modernidade fluida no sentido de Bauman (1998-2003), onde tudo se desmancha no ar e as relações sociais que garantiam um lugar social e de pertencimento se esvaem, esta passa a ser usada como elemento para reprodução e acumulação de capital. Segurança como mercadoria, a ser consumida e a reforçar o domínio abstrato de formas de vida associadas ao domínio sem sujeito do capital.

Assim, a dimensão da produção de valores culturais e de sentido à vida está sempre em questão quando se fala no uso de drogas e a criminalização é um efeito e ao mesmo tempo causa dessa produção cultural.

Outra dimensão importante afetada pelo proibicionismo é a dificuldade de garantir um mínimo de qualidade e de controle das drogas comercializadas. Isso implica um problema profundo no campo da produção de saúde, enfraquecendo sobremaneira a eficácia das ações de vigilância sanitária. As drogas ilícitas

não passam pelo mesmo controle que as lícitas, incluindo os fármacos que são produzidos e comercializados pela indústria farmacêutica. Se este setor, que como os demais setores regulados do mercado, nem sempre lida bem com controles que podem coibir seu pleno desenvolvimento (e lucro), já são difíceis de controlar, percebe-se que os setores informais de distribuição de drogas sequer são sujeitos a algum tipo de regulação que não seja a das próprias organizações que disputam o mercado informal do tráfico de drogas.

Como já mencionado, essa situação de ilegalidade das drogas contribui não só com a falta de controle da qualidade dos produtos, como serve ao desenvolvimento da indústria armamentista e à efetivação de interesses geopolíticos internacionais que se utilizam da justificativa do combate às drogas para realizar intervenções no campo econômico e de domínio de recursos naturais de países pobres e em desenvolvimento.

A última dimensão relativa ao proibicionismo talvez seja a mais emblemática e a mais importante. Como aqui já discutido, diz respeito àqueles que são utilizados como marionetes nesse jogo de forças que representam interesses comerciais e econômicos: os chamados dependentes químicos. Em seu corpo é que são depositadas as ações que dão origem à cadeia de produção de valor no campo das drogas: serão controlados e alvejados pela polícia; serão encarcerados e se tornarão uma demanda invencível de serviços jurídicos nos tribunais; serão matéria de pesquisas sobre novas drogas e novas tecnologias de intervenção na área da saúde; serão inspiração no desenvolvimento de campanhas

publicitárias e de programas educacionais nas escolas; serão objeto das disputas eleitorais; serão alvo do proselitismo religioso salvacionista; serão o mal maior que inspirará todas as resistências morais e a defesa da forma de vida centrada na mercadoria, a partir das igrejas, das praças, dos programas de televisão.

Esses personagens serão submetidos a programas disciplinares de recuperação, onde a violência impera, reproduzindo o que já vivem nas ruas em suas relações com a polícia ou com os agentes do tráfico. Terão dificuldade para acessar outros serviços de saúde mais abertos ao desvio, que não coloquem problemas morais como um empecilho para o cuidado, pois temerão ser associados a atividades ilícitas, ou mesmo submetidos a processos de controle que exijam sua submissão a ordens externas.

O fantasma da criminalidade pairará em suas relações sociais, inclusive as relações terapêuticas que vierem a estabelecer nos serviços de saúde. A suposta e inventada incapacidade moral os colocará sempre na condição de minoridade e de subalternidade daqueles que não podem falar por si. Serão jogados para lá e para cá ao sabor dos mecanismos de mercado ao qual servem como matéria-prima. Serão sempre o motivo de tantos processos violentos e geradores de lucro.

Ao mesmo tempo, e em contradição, serão a face moderna daquilo que Agamben (2002) descreveu como *Homo Sacer*.

Este autor recupera essa figura do direito romano antigo, alguém que não poderia nem exercer a vida política, nem sequer servir como objeto de sacrifício às divindades, por ser

exclusivamente vida nua, vida que pode ser exterminada sem que haja qualquer consequência social ou jurídica.

Os habitantes dos campos de concentração do pós-guerra, nesse aspecto, vieram ocupar o lugar de vida nua, sendo essa estratégia de execução o paradigma da biopolítica moderna, do controle moderno dos corpos, inspirando, quem sabe, os atuais campos de refugiados e, talvez mais ainda, aqueles que são banidos da vida social e matéria-prima para toda sorte de produção de mercadorias: os usuários de drogas.

Mesmo que possamos fazer essa comparação do dependente de drogas com o *Homo Sacer*, teremos que lidar com uma contradição: enquanto o *Homo Sacer* era aquele que não servia nem para sacrifício, o dependente químico atual é matéria-prima de outra relação do campo do sagrado, que é a relação de consumo, como o próprio Agamben (2007) menciona na obra '*Profanações*'. Na sociedade capitalista, o consumo é uma relação que se dá no campo do sagrado, e a única forma de transformar e produzir vida e novas relações é profanando-o.

À guisa de conclusão

As instituições jurídicas e as políticas públicas têm uma responsabilidade fundamental nesse estado de coisas, fortalecendo a vida nua ou agindo para modificar a relação entre as forças que produzem essa realidade destrutiva.

O campo das políticas públicas não necessita ser apenas o reflexo e o instrumento de controle e de manutenção dessa

ordem social; pode rechaçar esse papel de controle que o colocou na posição de delegado das formas de vida modernas para ser elemento que propõe a sua transformação, a partir do estabelecimento de novas relações com os dependentes de drogas, de nova produção de valores culturais, de novos questionamentos sobre as relações de poder e a produção de realidades e verdades.

Os que lideraram a reforma psiquiátrica italiana trouxeram uma contribuição revolucionária ao deixarem explícito que todas as relações terapêuticas refletem as relações de poder e saber existentes nas sociedades, e que é necessário desinstitucionalizar os conceitos e as práticas que reforçam esse estado de coisas, produzindo novas realidades (Rotelli et al, 1990) A única forma de dar respostas complexas a fenômenos complexos, como o uso prejudicial de drogas, talvez seja trabalhar com todos os atores, instituições, conceitos, práticas, valores e leis que compõem essa cena da exclusão e destruição dos dependentes de drogas. Parece que parte dessa desconstrução, necessária para que o fenômeno apareça em sua complexidade, passa por questionar e superar o proibicionismo.

Bibliografia

AGAMBÉN, G. Homo sacer: O poder soberano e a vida nua I. Trad. Henrique Burigo. Belo Horizonte: UFMG, 2002. 207 p. (Col. Humanitas)
 ——. Profanações. Trad. Selvino J. Assmann. São Paulo: Boitempo, 2007. 91 p.
 BARROS, M. Poesias Completas, São Paulo: Leya, 2010
 BAUMAN, Z. O mal-estar da pós-modernidade. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
 ——. Comunidade: A busca por segurança no mundo atual. Trad. Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. 141 p.
 BOITEUX, L. Aumenta o consumo: O proibicionismo falhou. Le Monde Diplomatique Brasil. São Paulo, 09 set. 2009. p. 1-7. Disponível em: <<https://www.tni.org/my/node/17453>>. Acesso em: 28 ago. 2018.
 CARNEIRO, H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. Revista Outubro, IES, São Paulo, vol. 6, 2002, p. 115-128.
 CERQUEIRA, D. et al (Org.). Atlas da Violência 2018. Rio de Janeiro: Ipea-fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2018. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2018.

DARDOT, P.; LAVAL, C. A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016.
 ESCOHOTADO, A. Historia general de las drogas. Madrid: Editora Espasa Calpe S.A, 2008, 8ª edição.
 FIORE, M. O lugar do Estado na questão das drogas: paradigma proibicionista e as alternativas. Novos estudos - CEBRAP no. 92, São Paulo, Mar. 2012
 G1 RN: 78% das mortes têm relação com tráfico de drogas, diz secretária de Segurança do RN. Rio Grande do Norte, 22 out. 2017. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rn/rio-grande-do-norte/noticia/78-das-mortes-tem-relacao-com-o-trafico-de-drogas-diz-secretaria-de-seguranca-do-rn.ghtml>>. Acesso em: 23 ago. 2018.
 HARDT, M.; NEGRI, A. Multidão. 2 ed. Rio de Janeiro: Record, 2012. Tradução: Clovis Marques.
 KINOSHITA, R. T. Em busca da cidadania: Desinstitucionalização de um hospital psiquiátrico. BRAGA CAMPOS, F. C.; HENRIQUES, C. M. P. (Orgs.). Contra a maré à beira-mar: A experiência do SUS em Santos. São Paulo: Scritta, 1996. p. 39-49.
 MACHADO, L.; BOARINI, M. L. Política sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. Psicol Ciênc Prof [Internet]. 2013 [cited 2015 Sep 29]; 33 (3): 580-95
 MORIN, E. A noção de sujeito. In: Schnitman, D. F. (Org.). Novos paradigmas, cultura e subjetividade.. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 45-58. Tradução: Jussara Haubert Rodrigues
 PASSOS, E.H.; SOUZA, T.P. Redução de Danos e Saúde Pública: construções alternativas à política global de “guerras às drogas”. Observatório do cuidado 2011 (acesso em: 22 de agosto de 2018) Disponível em: <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/583>
 PELBART, P.P. Vida Capital: ensaios de biopolítica São Paulo: Ed. Iluminuras, 2003.
 RODRIGUES, L.B.F. Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo o sistema penal e na sociedade. Tese apresentada ao Departamento de Direito Penal, Medicina Legal e Criminologia da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Direito, São Paulo, 2006.
 ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: A reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. Trad. Maria Fernanda de Silveiro Nicácio. In: NICÁCIO, M. F. S. (Org.). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.
 SOUZA, R.F. Redução de danos (rd): suas implicações e contradições no Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas (CAPS-ad) de Santos. Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista/ Instituto Saúde e Sociedade – ISS, para obtenção do Título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde, Santos, 2018.
 SPINOZA, B. Ética. Belo Horizonte: Autêntica, 2009. Trad. Tomaz Tadeu.
 ZALUAR, A. Integração perversa: pobreza e tráfico de drogas. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

Drogas, o que são? Por que usamos? Por que devemos repensá-las?

Autores

Belchior Puziol Amaral

Sociólogo, mestre em Saúde Coletiva, Redutor de Danos e Educador Popular, ativista antiproibicionista, integrante do Fórum Gaúcho de Saúde Mental e do Fórum Estadual de Redução de Danos/RS.
E-mail: belchiorpuziol@gmail.com

Sandra Djambolakdjian Torossian

Psicóloga, doutora em Psicologia, Profa. Depto. de Psicanálise e Psicopatologia do Instituto de Psicologia da UFRGS e Coordenadora do CRR- Rede Multicêntrica/RS.
E-mail: djambo.sandra@gmail.com

Sumário

Atravessadas por concepções morais, religiosas, médico-científicas e jurídicas, edificadas principalmente ao longo dos séculos XIX e XX, pessoas usuárias de drogas e as culturas a elas associadas foram desumanizadas. A repressão a determinadas substâncias psicoativas levou à marginalização de um conjunto significativo de práticas culturais, políticas e econômicas nas mais diversas sociedades. Contudo, nas últimas décadas, se acirram debates no espaço público sobre a questão drogas, que criticam e denunciam os efeitos colaterais da Guerra às Drogas. É nesse contexto de tensão de perspectivas – proibicionista x antiproibicionista – que este escrito se produziu e se fez ensaiar considerações, a partir de interrogações básicas, as quais dão título ao texto.

Palavras-chave

Proibicionismo; Antiproibicionismo; Redução de Danos; Políticas Públicas sobre Drogas

Drogas, o que são? Por que usamos? Por que devemos repensá-las?

“- Você não consegue encarar as coisas sóbrio?

- Posso, mas prefiro não.

- Isso é escapismo.

- Tudo é: jogar golfe, dormir, comer, andar, brigar, fazer cooper, respirar, trepar...”

Charles Bukowski, em Mulheres

“Eu bebo sim, estou vivendo

Tem gente que não bebe e está morreeendo, eu bebo sim”.

João do Violão, Eu bebo sim.

A transição das drogas de uma questão “íntima, particular ou privada” para uma questão de Estado é consequência de uma articulação de fatores sociais, econômicos, políticos, religiosos e morais, resultantes do complexo cenário internacional entre os séculos XIX e XX (Rodrigues, 2004, p. 41). O regime sobre as drogas passou a contar, ao longo dos séculos XIX e XX, com inúmeros procedimentos articulados geopoliticamente. Estados nacionais, instituições intersetoriais e grupos transnacionais imprimiram uma guerra contra determinadas drogas, como o ópio, a maconha, a cocaína, a heroína, o LSD. Mas não só essas e outras substâncias como, principalmente e sobretudo, aos grupos relacionados a essas drogas, como os usuários e vendedores, então denominados traficantes.

Concomitantemente, esses mesmos Estados

nacionais, instituições intersetoriais e grupos transnacionais regulavam de modo liberal o comércio de drogas sintéticas em parceria com a indústria farmacêutica. O discurso jurídico, moral, médico-científico variavam conforme o interesse comercial frente à especificidade da substância. A condição econômica das regulações sobre drogas são importantíssimas, ainda mais se tratando de uma escalada do capitalismo moderno, desenvolvido entre século XIX e XX.

Concordamos que a política de drogas vista historicamente é marcada por interesses amplos e que segmentarmos planos analíticos apenas reforçam estereótipos. Os estudos interdisciplinares sobre a questão drogas vêm construindo em sua análise a articulação entre as dimensões médico, moral e criminal que constituiu, e continua constituindo em muitos países, como o Brasil, a regulamentação estatal (nacional e internacional) sobre o sujeito usuário de drogas, deixando de lado investigações sobre os aspectos culturais do uso de drogas e seus processos de subjetivação.

Ao complexificarmos a análise do uso de drogas e situarmos os seus diferentes usos em distintas sociedades em uma perspectiva sócio-antropológica, considerando os inúmeros registros disponíveis, identificamos as mais diversas relações culturais com o consumo de substâncias psicoativas (VELHO, in ZALUAR et al., 1994, p. 24). A questão do uso de drogas pode ser considerada universal, e a questão do lícito ou mesmo do ilícito é relativa a cada cultura.

Através de um enfoque multiculturalista nos deparamos com formas distintas de se conseguir chegar a estados de alteração

da consciência. Estes são quase sempre associados não à procura, por si só, de um estado de alteração, mas de realizar atos prescritos nos códigos socialmente estabelecidos e com eles passar por rituais afirmativos culturalmente. Não se trata de desvio aos códigos morais dessas sociedades, pelo contrário, trata-se de transmitir de geração para geração sólidas tradições culturais. Conforme Velho:

O relativismo cultural da antropologia, quando aplicado a áreas de confronto e impasse, especialmente da sociedade do investigador, traz, sem dúvida, problemas específicos. Insistimos que para a compreensão do fenômeno das drogas, assim como qualquer outro, é passo indispensável a sua contextualização. Todas as tentativas de explicações genéricas, baseadas em premissas fisiológicas e psicológicas, tenderam a ficar no nível da rotulação e da estigmatização. Seria, por outro lado, ingênuo ignorar que o uso de drogas por diferentes grupos só é possível nas nossas circunstâncias sócio-históricas, a partir da existência de redes nacionais e internacionais que expressam interesses políticos e econômicos. Assim, o fenômeno cultural apresenta a sua inevitável dimensão de poder (Velho, 1994, p. 27).

Para pensarmos as Políticas Públicas sobre drogas com embasamento científico se tornou imperativo e necessário nos orientarmos de modo a contextualizar os movimentos históricos em que se estabeleceram – literalmente – processos de guerra às drogas, de uma utopia de um mundo sem (certas) drogas: o proibicionismo. De outro lado, se colocou primordial no cenário contemporâneo situar a ocorrência de uma dinamização da perspectiva proibicionista. Analisamos desta forma uma vez que presenciamos nas últimas décadas, seja por meio de reformas estatais sobre sistema de drogas, seja pela crescente

organização de movimentos sociais de pessoas usuárias de drogas ilícitas ou de pessoas marginalizadas por estarem diretamente associadas como usuárias de drogas, a concepção utópica de um mundo convivendo com todas as drogas: o antiproibicionismo.

Enquanto proibicionismo não se coloca em análise apenas as regulamentações proibitivas ou ultrarrestritivas de comercialização e usos de determinadas substâncias - em especial aquelas de capacidade psicoativas associadas à determinadas culturas-, mas também são observados os efeitos colaterais que a proibição gera, tanto em relação a grave crise de segurança pública, ao mesmo tempo local e global, quanto aos dispositivos de biopoder que o proibicionismo produz, enquanto uma força organizada de disciplina e controle, de governança, de tecnologias de poder dirigidas à determinadas populações. Situa-se o proibicionismo como uma forma de governo do Estado sobre os indivíduos, de disciplinamento dos corpos e da criminalização da pobreza. Dispositivos que abarcam coletivamente o imaginário, a vida, a produção de subjetividades e a marginalização das pessoas usuárias de drogas tornadas ilícitas.

Por antiproibicionismo entendemos não apenas uma variedade de agentes orientados por diferentes posições sobre a “questão das drogas”, e que comungam de uma mesma avaliação negativa sobre as políticas de repressão ou de avaliações positivas sobre as regulamentações que toleram, despenalizam, descriminalizam, legalizam, liberam, regulam ou regulamentam determinadas substâncias. Mas a força de produção de subjetividades sustentadas pela liberdade, responsabilidade e

solidariedade. De alargamento da questão drogas para questões sociais que também estão regidas sob um biopoder das massas e do povo. Questões sociais sob o regime proibicionista, o qual substância a proibição do corpo, proibição das sexualidades, proibição à terra, à cidade, à moradia, ao alimento saudável, à vida.

Contudo, há muito nesse ínterim. Há construções históricas e culturais muito variadas, contraditórias e paradoxais sobre o tema e discorrer sobre o proibicionismo e o antiproibicionismo, bem como difundir pesquisas sobre esses paradigmas, ainda é uma tarefa politicamente estratégica e que a faremos, sem dúvida, em uma próxima oportunidade. Nesse momento, consideramos nesse ensaio essencial partirmos de perguntas mais iniciais, muitas vezes deixadas de lado: afinal, o que são drogas? Por que usamos? Por que devemos repensá-las? Entendemos que não refletir sobre essas questões é tomar a questão drogas como um problema negativo, o que gera um aniquilamento de qualquer positividade acerca das substâncias psicoativas, o que enviesam o debate na cena pública.

Segundo Escohotado (1997), espanhol que viveu sua infância e adolescência na capital fluminense, professor de sociologia da Universidade de Madrid, as coisas que consumimos por nossas mais variadas vias (oral, retal, venosa, intramuscular, subcutânea, epidérmica), uma vez assimiladas e convertidas em matéria para novas células, chamamos de alimentos, pois estes mantêm nossa condição orgânica. Agora, aquelas que não são assimiladas de imediato podem ser entendidas de duas formas: as que passam intactas por nosso organismo, não alterando

nossa massa corporal ou ânimo; e as que provocam reação intensa. O segundo tipo podemos compreender as drogas em geral. É preciso considerar, portanto, que o termo “drogas” é muito abrangente e que engloba substâncias muito diferentes.

Há aquelas que atuam somaticamente, como os medicamentos, e outras que atuam em nossos sentimentos e sensações, que costumamos chamar de modo vulgar de drogas. Mas desde já consideramos importante tomar cuidado em relação a essa possível qualidade de exterioridade das drogas. “Elas não atuam por serem coisas de ‘fora’, mas por se parecerem como gotas de água às coisas internas” (ESCOHOTADO, 1997, p. 23). O mais profundo é a pele!⁵ Mas até onde será que vai a nossa pele? Não estaria ela integralmente ligada aos astros? Não estaria nossa psique em estreita relação às nuances das fases da lua? “A importância da superfície, do contexto do ‘fora’, é comparável à do interior e profundidade do mesmo” (LESCHER, 1996, p.18).

Não devemos considerar as drogas apenas como um composto determinado com certas propriedades, digamos, farmacológicas. Tal fragmentação trata-se de um equívoco, pois limita e empobrece qualquer investigação sobre esse tema. A coloca escrava da razão. E a razão, assim a entendemos, tem limites drásticos para explicar a complexidade que é a existência humana. Como nos alertou Nietzsche, a razão acabou substituindo a fé no pensamento humano. E como exercício de liberdade é necessário destruir este outro ídolo. É necessário

declarar guerra às ilusões antigas e novas do Ocidente. É preciso filosofar com o martelo⁶. Para falar de drogas devemos considerar seus muitos atributos para além de sua composição em si. E estes atributos, para serem melhores compreendidos, necessitam sempre de uma articulação entre as especificidades da substância, das singularidades do sujeito e dos condicionantes do contexto.

Hoje em dia, nossa sociedade contemporânea separa religião de medicina, mas nas sociedades arcaicas essas duas perspectivas eram consideradas uma coisa só. As substâncias psicoativas são fundamento de quase todas as tradições religiosas em interações e ritos que produzem aquilo que chamamos de estados alucinogênicos. As culturas ameríndias consideravam, por exemplo, o peiote ou a ayahuasca como substâncias de mediações divinas com poderes visionários. Seus usos não se inscreviam em atos de desvios aos códigos morais dessas sociedades, pelo contrário, significavam a transmissão de geração para geração de sólidas tradições culturais.

Tal perspectiva de uso se relacionava a ideia de encontrar aquilo que nos entusiasma, que nos produz a alegria, de uma revelação, de um insight espiritual. E essa dimensão é fundamental em todas as religiões do mundo e em todos os troncos originários da medicina. As drogas são tão importantes nas produções culturais das mais diversas sociedades que podemos considerá-las como fundamento na história de todas as civilizações, em tudo que diz respeito à religião ou à medicina,

⁵ Em referência à frase atribuída a Paul Valéry, citada por Gilles Deleuze em *A lógica do sentido*, Ed. Perspectiva, 1998, p. 11 (DELEUZE, 1998).

⁶ Em referência ao livro *Crepúsculo dos Ídolos, ou Como Filosofar com o Martelo*, escrito pelo filósofo alemão em 1888 (NIETZSCHE, 2006).

significando acima de tudo o domínio do Homem sobre as forças da Natureza. Evidentemente entendemos que o uso de drogas se presencia para além de situações religiosas e medicinais. Mas o que nos motiva a utilizá-las de forma recreativa, por questões existenciais ou por buscas de modos alterados da consciência?

Um psicofarmacólogo estadunidense chamado Ronald Keith Siegel, nascido em 1943, estudou a questão do uso de drogas, tanto na história humana quanto na interação entre elas e os animais. Ele administrava drogas de todos os tipos as mais variedades de animais, de insetos a elefantes. Siegel revelou, inclusive, que em um estudo havia ensinado macacos a fumar crack⁷. Sua pesquisa centrou-se sobre os efeitos das drogas sobre o comportamento humano a partir de inúmeros estudos clínicos, em que voluntários humanos tomaram diversas drogas. E Siegel chega à conclusão de que o uso de drogas é parte do que ele chama de uma das motivações centrais da condição viva de todos os animais. Diz que se trata do quarto impulso, da quarta motivação. A primeira seria a sede. A segunda, a fome. A terceira o apetite sexual. E a quarta é o se pode denominar de psicoativa ou psicotrópica.

Conforme perguntas compartilhadas pelo historiador Henrique Carneiro⁸, o que é que seria essa fome, esse apetite?

7 O crack surgiu na década de 1980 nos EUA, produzido a partir do cloridrato de cocaína (a cocaína em pó) acrescido de alguns outros produtos cuja mistura se transforma em uma pedra que pode ser fumada. Com a informação de que viciava tão rápido quanto a heroína, chegou ao Brasil no final da década de 1980. Os pioneiros copiaram a receita e produziram aqui as primeiras pedras. A disseminação foi lenta, devido ao alto custo, ficando restrita, por certo tempo, a São Paulo. No país o crack ganhou composição nova, barateada, sendo processada não mais da cocaína em pó, mas a pasta base, matéria prima de etapa anterior do cloridrato de cocaína. Com o custo reduzido, o crack passou a se expandir pelo Brasil, superando inclusive a barreira do tráfico de cocaína no Rio de Janeiro, já na década de 2000.

8 Questões levantadas na Mesa de Abertura do I Encontro Nacional de Coletivos e Ativistas Antiproibicionistas, realizada na cidade de Recife, em Pernambuco, durante os dias 24 a 26 de

O que seria essa vontade, esse desejo em alterar a consciência com o uso de substâncias da natureza, geralmente plantas, que não são simplesmente para nos alimentar? Arriscamos a responder se não seria o principal motivo a necessidade de permanente modelagem, movimento e transformação do nosso estado de espírito, da nossa alma, digamos assim, da nossa subjetividade. Portanto, podemos considerar as drogas como um alimento de outra ordem, como um alimento do espírito ou como um alimento da alma. Há um termo em grego que defini as pessoas que buscam nas drogas experiências psíquicas, na qual me reconheço. Falamos do termo psiconauta.

Um psiconauta (que significa literalmente um navegador da mente/alma) é uma pessoa que usa os estados alterados da consciência, intencionalmente induzidos, para investigar a própria mente e, possivelmente, encontrar respostas para as questões espirituais através de experiências diretas (PSICONAUTA, 2014).

Consideramos a plasticidade humana, ou seja, as condições que tentamos conseguir governar da nossa condição de existência, como uma das fontes principais para o nosso anseio em relação ao uso de drogas. Podemos situar entre polos, no que se diz respeito às nossas condições existenciais, o estado de vigília (excitantes e estimulantes) e o estado de sono (sedativos, calmantes e tranquilizantes). Ainda existe o estado de êxtase (alucinógenos). Existem drogas para amplificar todas essas condições. Essas linhas mesmo escritas e por vezes lidas, muitas delas foram emancipadas em estado de vigília, outras

mesmo em sono, outras ainda em êxtase. Substâncias variadas foram utilizadas ao longo desta escrita-ensaio. Façamos ecoar as palavras de Escohotado (1997) sobre o uso de drogas como um alimento que possibilita articular as “dobradiças da alma”:

Com a passagem das décadas, tornou-se claro para mim que a diferença entre toxicômanos e toxicólogos, ignorantes maníacos e pessoas razoáveis, dependia de assumir a liberdade e a beleza como desafios éticos. (...) As drogas que utilizo – exceto o tabaco, um vício adquirido na adolescência quando ninguém o chamava de droga – obedecem a um acordo entre vontade e intelecto que algumas vezes pede festa, outras concentração no trabalho e, por vezes, descanso reparador (ESCOHOTADO, 1997, p.19).

Mas voltemos à questão inicial sobre a definição do que são drogas. A definição geralmente aceita era a grega de *Pharmakón*, antes da “escalada proibicionista” do século XX. Este termo designa uma substância que é, ao mesmo tempo, remédio e veneno. É interessante notar que não há distinção entre remédio e veneno na própria dimensão da substância. O que diferencia uma coisa da outra é a dose. Nesse sentido, qualquer droga pode se constituir em veneno e em remédio, em potencial.

Conforme Escohotado (1997), para uma ser considerada nociva ou benéfica em específicos estão vinculados a quatro aspectos: 1) dose; 2) objetivo de uso; 3) pureza; 4) condições de uso. Muitas classificações sobre drogas vieram após os gregos evidentemente. Lewis, em 1924, considerado o criador da psicofarmacologia moderna, que as identificou em critérios de modo a classificá-las em cinco diferentes tipos: euphorica, fantástica, inebriantia, hypnotia e excitantia. Tal proposta

classificatória segue sendo atualizada por terminologias tecnicistas. Uma outra modalidade de classificação foi proposta em 1953 por um médico chamado Porot, dividindo-as em drogas aditivas (ópio, maconha, cocaína), ou seja, que possuem um alto grau de dependência, e as drogas que criam hábito (tabaco, álcool, café, soníferos), ou seja, causam menor dano, consideradas quase inofensivas (ESCOHOTADO, 1997).

Curioso notar que essa segunda classificação, muito influente no imaginário social ainda hoje, tem diferentes impactos na saúde pública: tabaco e álcool “causam milhares de vezes mais mortes, lesões e dependências do que as provocadas nas “grandes toxicomanias”” (ESCOHOTADO, 1997, p.37). Conforme o autor, ainda há uma outra tipologia, muito usual, que define drogas como “psicotóxicas” e “não psicotóxicas”, que com seu ar e glamour científico significa tão somente em distinguir as drogas entre aquelas que são legais e as que são ilegais. Tal diferenciação de substâncias em categorias tão arbitrárias tem efeitos muito perversos, como a construção jurídico-moral-sanitária sobre pessoas usuárias de drogas, tornando-as marginalizadas e estigmatizadas como delinquentes, doentes e/ou pecadores.

A questão das classificações sobre drogas desenvolvidas principalmente ao longo do século XX são antes de tudo controversas. Tomam valores morais, jurídicos ou racionais-científicos, constituindo uma heresia que carecem de reflexões sinceras acerca de complexas dimensões biopsicossociais. Seguindo esta perspectiva crítica apresentada por Escohotado (1997), adotamos, na vida e nessa escrita, sua proposta de classificação das

drogas as quais ele as situa em três possíveis esferas. Isso nos pareceu necessário não apenas para tentar responder a questão inicial (o que são drogas?), mas para engendrar as positivities associadas e as motivações das pessoas usarem determinadas substâncias.

A primeira esfera proposta por Escotado (1997) seria relacionada às drogas relacionadas ao alívio da dor (enquanto resposta imediata a uma lesão), do desassossego (enquanto resposta ante uma perda atual ou possível) e do sofrimento (enquanto dificuldade de dormir, concentrar-se ou mesmo a pulsão de uma angústia). Estas drogas prometem uma sutil hibernação a paz interior, a um alívio imediato frente a um sofrimento latente. A segunda seria referente a manifestações como a preguiça, tédio ou impotência. As drogas dessa esfera prometem o aumento de nossa energia abstrata. A terceira esfera seria vinculada aquelas substâncias que nos propiciam explorar zonas do ânimo e da consciência não habitualmente percorridas, aliadas a uma curiosidade intelectual.

Com esta proposta classificatória é possível situar, sem dúvidas, que todas as pessoas são usuárias de drogas. Isso parece óbvio, mas não é. Por óbvio que as pessoas não interagem com todas as substâncias e tão pouco que as experiências de usos sejam benéficas em todas as circunstâncias. Mas, como coloca o filósofo Baruch Spinoza a respeito de uma existência humana positiva forjada nos bons encontros, nos enlaça a ideia que sejam bons os encontros das pessoas com as drogas. A beleza e a ética para um uso potente de drogas é uma questão que nos atravessa permanentemente. E nessa perspectiva, entendemos que a forma

mais simples de abranger os diferentes consumos de drogas é situa-los em três formas de usos: religioso, festivo ou enteógeno; o curativo, medicinal ou terapêutico; e o recreativo ou lúdico.

Embora não seja o objetivo desse ensaio situar as negatividades do uso de drogas em si, consideramos inegável reconhecer sua existência. Desde os gregos, com o princípio de *Pharmakón*, está dado o entendimento que é intrínseco que todas as drogas podem ser venenosas ou tóxicas. A aspirina, a quinina ou o cianureto, dependendo de suas doses, podem ser mortais aos seres vivos. Ou seja, não falamos abstratamente de toxicidades. Esta deve sempre se situar em proporções e medidas. Usamos beneficentemente as três substâncias citadas, apesar de seus riscos, para fins terapêuticos e medicinais. Falamos de proporções necessárias com o objetivo de se alcançar resultados e efeitos desejados diferentemente daquelas doses possíveis de se tirar a chama da vida. A isso se denomina margem de segurança.

Diante da amplitude de sensações da existência humana, seja de nível molecular, corporal, ou nas dimensões da subjetividade, o uso em doses adequadas de determinadas substâncias podem ser a melhor maneira, ou a única, de provocar certas reações de cunho medicinal. Mesmo um veneno pode ser terapêutico (ESCOHOTADO, 1997). Mas ainda necessitamos considerar outras variáveis a respeito da toxicidade das substâncias. O uso desmedido de qualquer substância com propriedades psicoativas pode propiciar efeitos desagradáveis, desembocando em insensibilidades, quando se usa não mais como usufruto, mas para não se

sentir mal. Ou hipersensibilidades que podem nos levar a desorganização, estados de desconforto agudos ou paranoias.

Fundamentalmente, dentro da margem de segurança, o uso de tóxicos levanta duas questões: o custo dos benefícios e a capacidade do organismo de se adaptar ao estado de intoxicação. O custo depende dos efeitos colaterais ou indesejados, tanto orgânicos como mentais. A capacidade do organismo afrontar o intruso depende do chamado fator de tolerância ligado a cada composto (ESCOHOTADO, 1997, p.25).

Estas colocações nos lançam a considerar que cada droga requer uma dose diferente, durante períodos distintos, para chegar a um hábito aditivo, bem como a síndrome de abstinência de qualquer substância é distinta entre si em relação aos seus sintomas, riscos à vida ou equilíbrio psíquico. Sendo assim, ao se considerar o custo em relação aos seus benefícios e a tolerância, também devemos exercitar o aspecto relacional a cada substância e a cada organismo (ESCOHOTADO, 1997), sendo variáveis seus potenciais benefícios, riscos e danos. E isso deve ser constantemente levado à discussão franca entre as pessoas, sejam elas usuárias habituais ou ocasionais, não devendo ser censurada quaisquer exposição de pesquisas, autoexperiências ou compartilhamento de experiências.

Uma droga com a qual a pessoa tenha um processo de familiarização apresenta riscos muito inferiores de intoxicação aguda do que uma droga com um baixo fator de tolerância, cujo uso seguido não aumenta consideravelmente a margem de segurança. Sendo assim, o consumo de qualquer droga tem um potencial de dano, mas não se sustentam evidências de que a posse

de uma substância possa, por si só, induzir como um agravo para o aumento do consumo e, principalmente, de disseminar a uma relação toxicômana. O que as evidências apontam é que a forma como as drogas são produzidas e distribuídas tem impactos na prevalência de consumo, muito mais do que usuários portando tais substâncias. “A influência que a aceitação ou a rejeição de uma droga exerce sobre o modo de consumi-la pode ser tão decisivo como suas propriedades farmacológicas” (ESCOHOTADO, 1997, p. 28).

De fato, ao abordar a relação da pessoa com determinada droga devemos levar em consideração cerca de oito aspectos: a dose, a qualidade da substância, a forma de administração, a frequência do consumo, a personalidade de quem consome, o estado de ânimo da pessoa, as suas expectativas e experiências prévias e o contexto em que se consome. Entendemos que o critério mais adequado para alguém que usa drogas, principalmente para fins recreativos, parece estar situado no meio. E quando essa temperança não se coloca em exercício, quando de fato o risco e o dano toma o lugar da potência, se deve levar em consideração a criação de um hábito toxicômano (ESCOHOTADO, 1997).

“A toxicomania era um conceito desconhecido há um século enquanto os tóxicos básicos – e seu livre consumo – são milenares” (ESCOHOTADO, 1997, p.35). A ausência de uma moderação que leva a uma pessoa fazer uso irracional de quaisquer drogas parece estar vinculada mais intimamente a um cotidiano carente de sentido, ou uma informação equivocada, do que as propriedades da substância em si. Isso porque o uso irracional de qualquer droga leva a uma insensibilidade a seus efeitos euforizantes. A necessidade de doses crescentes para alcançar resultados cada vez menos satisfatórios leva

o sujeito a um dilema nessa relação, pois o uso passa a não significar mais o alcance de um estado de usufruto e embriaguez, mas sim de uma condição para não se sentir mal. “Então, a síndrome de abstinência é de menor importância, pois é preferível uma crise a enfrentar um cotidiano carente de sentido” (escohotado, 1997, p.35).

Quando se instala essa condição, entendemos que o caminho a ser seguido para resgatar a potência da vida deve articular inventividade nas relações entre as especificidades da substância, as singularidades do sujeito e os condicionantes do contexto. É inviável pensar práticas de cuidado às pessoas que usam drogas a partir de indicações assistenciais generalizadas, não singularizadas, cujos elementos psicossociais e culturais são preteridos em relação àqueles biomédicos. Não é resolutivo considerar somente a farmacodinâmica das drogas. É preciso colocar em agenciamento todo um contexto social, econômico, político e de subjetivação dos sujeitos. É no vínculo, na transferência, nos emaranhados de fios de subjetivação a serem puxados – com delicadeza – no acolhimento, que se realiza a escuta da pessoa.

É ali, na fissura do desejo, que se possibilita a concretude do cuidado, onde se produz possibilidades de pulsar a vida de modo mais leve, de encontro com novas formas de si. É no movimento da subjetividade que se desenham as linhas possíveis de reconexão com as pessoas cuja liberdade está violada pela própria condição “de não ter escolha”. Por vezes nos depararemos com situações em que a moderação se desenha mais adequada do que a abstinência. Nesse sentido, compreendemos que o uso de drogas, saudável ou não, possa ser uma realidade de vida

inteira para muitas pessoas. E dizer simplesmente não às drogas ou marginalizar as pessoas que as usam é se calcar em uma cegueira moral, improdutiva e mortífera, para si e para os outros.

Muito se diz sobre a relação entre consumo de drogas e a reação de comportamentos violentos ou a prática de crimes. Entendo que tal associação não pode ser generalizada, ainda que o uso de algumas substâncias, quando associado a alguns contextos, seja de fato um potencializador de comportamentos violentos. Atualmente, o álcool é a droga psicoativa com maior associação aos casos de violência interpessoal e de acidentes na condução de veículos automotores (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Mas se observarmos bem, os casos de violência associada ao álcool, estes estão intimamente ligados aos acidentes de trânsito, à violência doméstica e à violência contra a mulher. Não estaria mais notoriamente vinculada a violência nesse sentido a uma cultura machista e patriarcal, de culto ao fálico, de submissão do feminino, da infância e da juventude à opressão do homem do que a substância álcool em si?

Necessitamos de modo urgente alargar nossa capacidade reflexiva sobre a questão drogas. Precisamos, portanto, considerá-las em seus diversos contextos sociais, culturais e econômicos, bem como estar atentos sobre as suas mais variadas formas de uso. Devemos estar abertos a entender tanto as positivities e as negatividades das drogas em nossas sociedades. Proibi-las, “just say no”⁹, não vem gerando nenhum tipo de avanço social

9 Em alusão a clássica campanha do governo Reagan, presidente estadunidense que se elegeu basicamente com um discurso antidrogas e levou a guerra às drogas para além das fronteiras dos EUA. Cabe mencionar que a campanha é um dos maiores fracassos da história da publicidade mundial.

sobre o tema. Proibir determinadas substâncias e criminalizar as pessoas que as usam causam mais danos do que a droga em si. É cada vez mais prudente estimular o debate sobre o assunto e a via que parece mais adequada é aquela atravessada pelos princípios da moderação e da temperança. Se nos defrontamos com pessoas não abertas a discussão e repletas de receitas prontas, podemos considerá-las totalmente alienadas sobre o assunto ou possuem algum benefício com o caos que está instaurado na maioria dos países do mundo em relação a questão drogas.

Bibliografia

- DISTOPIA. In: Wikipédia:a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2016. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/wiki/Distopia>>. Acesso em: 01 de set. 2016.
- ESCOHOTADO, Antonnio. O livro das drogas: usos e abusos, preconceitos e desafios; tradução Carlos D. Szlak. São Paulo: Dynamis Editorial, 1997.
- LESCHER, Auro Danny. O mais profundo é a pele. In: SILVEIRA FILHO, Dartiu Xavier da; GORGULHO, Monica (Orgs.). Dependência: compreensão e assistência às toxicomanias – uma experiência do PROAD. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.
- NIETZSCHE, Friedrich. Crepúsculo dos ídolos, ou, como filosofar com o martelo. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.
- PSICONAUTA. In: Wikipédia:a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2014. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org/wiki/Psiconauta>>. Acesso em: 30 nov. 2016.
- RODRIGUES, Thiago. Política e Drogas nas Américas. São Paulo: EDUC: FAPESP, 2004.
- VELHO, Gilberto. A dimensão cultural e política dos mundos das drogas. In: ZALUAR, Alba (Org.). Drogas e Cidadania: repressão ou redução de riscos. São Paulo: editora brasileira, 1994.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on alcohol and health. 2014. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/>. Acesso em: 30 nov. 2016.

Por uma descriminalização dos discursos e das práticas de saúde no campo das políticas de drogas no Brasil

Autores

Camila Cristina de Oliveira Rodrigues

Psicóloga, Mestre em Saúde Coletiva pelo DSC/FCM/ Unicamp, Doutoranda em Psicologia pela UNESP/ Assis-SP, Gestora do CAPS ad III Independência do município de Campinas/SP. E-mail: camila.rodrigues888@gmail.com

Ricardo Sparapan Pena

Psicólogo, Doutor em Saúde Coletiva pelo DSC/FCM/ Unicamp, Professor Departamento de Psicologia da UFF de Volta Redonda. E-mail: ricardopena7@gmail.com

Sérgio Resende Carvalho

Professor Associado DSC/FCM/ Unicamp. E-mail: sergiorc@g.unicamp.br

Sumário

Após realizar uma breve panorâmica sobre as políticas de drogas no Brasil o texto reflete sobre alguns aspectos da judicialização na saúde apontando aproximações e tensões entre o saber ‘médicos’ e jurídicos em torno da definição do normal e do anormal. Na sequência procura explorar potenciais linhas de fuga e resistência ao processo de criminalização dos usuários de droga junto ao cotidiano das práticas de cuidado junto a rede do município de Campinas. Se contrapor e inventar alternativas a um “discurso intoxicado” em torno do uso de álcool e outras drogas constitui uma das vertentes exploradas neste trabalho que coloca, igualmente, em relevância a importância de tomar o ‘uso inadequado’ das drogas como um sintoma atravessado por diferentes vetores de forças, verdades e produção de subjetividade que devem ser analisados na sua complexidade para uma melhor compreensão de problemáticas singulares e como base para políticas e práticas que busquem afirmar a potência da vida e, nela, da saúde de todos e cada um.

Palavras-chave

Cuidado em Saúde; Redução de danos, Judicialização em Saúde, Drogas, Clínica, Saúde Mental, Saúde Coletiva, Foucault, Criminalização

Por uma descriminalização dos discursos e das práticas de saúde no campo das políticas de drogas no Brasil

Camila Cristina de Oliveira Rodrigues

Ricardo Sparapan Pena

Sérgio Resende Carvalho

Um breve panorama das Políticas de Drogas e sua interface com as práticas de saúde

No Brasil, a internação compulsória “por tempo indeterminado e em estabelecimento correccional adequado” foi uma das primeiras medidas estatais de repressão ao uso de drogas, datando da década de 1920. Em 1930, o posicionamento proibicionista e a criminalização do uso de drogas tornaram-se mais evidentes com a publicação da Lei de Fiscalização de Entorpecentes (Decreto-Lei nº 891 de 1938) que, em 1940, foi incorporada ao Código Penal brasileiro através do artigo 281 (ALVES, 2009; ANDRADE, 2011).

Até a década de 1970, as políticas voltadas para a questão do uso de drogas (Lei nº 6.368 de 1976) continuavam se referindo a esse tema como um problema jurídico e de segurança. Ações de saúde voltadas para as pessoas que fazem uso de drogas eram tratadas como uma medida secundária e, quando ocorriam, se davam por meio de práticas de caráter repressivo realizadas em regime de internação hospitalar (VENTURA; BENETTI,

2014). Esta dupla face, jurídica e sanitária, da questão da droga constitui uma tensão histórica, manifesta em seus distintos projetos de intervenção que variam segundo posicionamentos éticos e políticos.

Nos anos 1980, foi instituído o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) cujo papel era formular uma Política Nacional. Este conselho instituiu, então, o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, e apoiou o desenvolvimento de serviços extra-hospitalares especializados na assistência aos usuários de drogas, dentre os quais podemos citar os Centros de Referência em Tratamento, Pesquisa e Prevenção na área de Álcool e outras Drogas, as Comunidades Terapêuticas e os Programas de Redução de Danos (RD) voltados para os usuários de drogas injetáveis (UDI) associados às ações de prevenção da transmissão do HIV/AIDS (MACHADO; BORIANE, 2013).

A primeira experiência de Redução de Danos no país data de 1989 na cidade de Santos, em São Paulo. Essa ação foi reprimida e fortemente criticada obrigando o governo local a repensar estratégias que lograssem superar o forte bloqueio a implantação dessas ações. Em 1990, a organização não governamental denominada Instituto de Estudos e Pesquisas em AIDS de Santos (IEPAS), através de um projeto de oferta de seringas estéreis, entre outras orientações para os usuários de drogas injetáveis (UDI's), retoma a iniciativa (TISOTT et al., 2015).

No ano de 1994, o Ministério da Saúde passa a reconhecer oficialmente a RD como uma estratégia de Saúde Pública nacional tendo, na ocasião, estabelecido um acordo de cooperação com o

Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas. Nesse período, a Redução de Danos passa a ser realizada pelos Programas Nacionais de DST/AIDS e Hepatites Virais (MACHADO; BORIANI, 2013). Em 1998 uma nova estrutura político-organizacional de atuação nessa área foi lançada, por meio da criação da Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD), responsável pela proposição da política do setor, e do Conselho Nacional de Política sobre Drogas (CONAD), que propiciou o encontro de representantes de vários segmentos antidrogas e de atenção à saúde com a tarefa de aprovar, acompanhar e atualizar o projeto vigente. A Política Nacional Antidrogas instituída pelo Decreto 4.345 de 2002 manteve o ideário de guerra às drogas em seu discurso apresentando, no entanto, uma maior permeabilidade às propostas de redução de danos, especialmente aquelas desenvolvidas pelas organizações de Saúde Pública (ALVES, 2009; PASSOS; SOUZA, 2011).

Nesse contexto, a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas de 2003 representou um importante avanço na medida em que buscou destacar o relevante papel da política setorial da saúde nas ações voltadas para a problemática que envolve os consumidores de drogas e, mais do que isto, procurou dar consistência e consequência a fundamentos e enunciados políticos de setores sociais e de governo que preconizavam um maior investimento em ações de combate à pobreza, redução das desigualdades e expansão de direitos para grupos específicos da população em situação de maior vulnerabilidade. Na sequência, em 2005, tivemos a aprovação da Política Nacional sobre Drogas que se mostrou ainda mais permeável

à implantação de políticas que buscassem desenvolver estratégias de Redução de Danos em um contexto sócio-político e cultural na qual a abstinência seguia hegemonizando pensamentos e práticas (BRASIL, 2003; MACRAE, s.d.).

O conjunto desses arranjos facilitou e preparou o campo para a implantação posterior de uma rede sócio assistencial integrada de serviços tendo como objetivo realizar o acompanhamento, apoio e cuidado de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. O setor da saúde propõe então a criação de distintos serviços de saúde entre os quais os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), os CAPSI para crianças e adolescentes e serviços residenciais terapêuticos, entre outros, que passam cada vez mais a operar tendo como referência o conceito estratégia de Redução de Danos (MESQUITA; BASTOS, 1994; BRASIL, 2011a; SOUZA, 2014).

Nessa direção, a legislação brasileira sobre drogas, prevista na Lei nº 11.343 de 2006, revogou parte das determinações anteriores, indicando um posicionamento jurídico mais moderado em relação ao consumo de drogas. Apesar de não romper totalmente com o paradigma da criminalização, ela abriu caminhos alternativos para a produção de ações de jurisprudência nesse campo, na medida em que passou a distinguir os produtores e traficantes de drogas dos usuários e dependentes. Reforçou ainda a necessidade de tratamento em serviço de saúde para os usuários dependentes, o que denota uma compreensão mais complexa e multideterminada do fenômeno contemporâneo que atravessa o consumo de drogas (TISOTT et al., 2015).

Mais recentemente, a discussão sobre o uso de crack, associado ao contexto da população em situação de rua, amplia e complexifica os desafios postos às políticas e tencionar o debate sobre abordagens e estratégias mais adequadas para se produzir respostas a essa nova realidade social (DE LUCCA, 2007; MEDEIROS, 2010; BRASIL, 2012C; MACERATA, 2013). Atores sociais e projetos diversificados reaparecem neste cenário de disputa e buscam influenciar discursos, políticas e arranjos de cuidado dessa população.

Em uma das suas vertentes propositivas o Ministério da Saúde lança, em 2009, a Política Nacional de Atenção à População em Situação de Rua (BRASIL, 2009) e, nos anos seguintes, define o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas (BRASIL, 2010) e institui as equipes de Consultório na Rua (BRASIL, 2011b), configurando, assim, um conjunto de ações que visava produzir um trabalho mais integrado de saúde voltado ao atendimento das necessidades dessa população (AZEVEDO, 2016; DALLA VECCHIA; LOPES; CARBONÁRIO, 2016). Essas políticas e no interior das mesmas ou com ela dialogando, propostas como o Programa de Braços Abertos (RUI; FIORE; TÓFOLI, 2016), apontavam para um direcionamento favorável à descriminalização do consumo de drogas e o fortalecimento da construção de políticas públicas de saúde voltadas para a área.

Por outro lado tem sido observado, cada vez, o recrudescimento importante nos últimos anos de um movimento de penalização e criminalização do uso das drogas que tende a reforçar o encarceramento e práticas de repressão junto a grupos

mais vulneráveis da população brasileira (BOITEUX, 2017). Em consonância com esta abordagem observa-se cada vez mais a implementação de políticas e programas de cunho proibicionista, pautados pela prática clínica centrada na abstinência e na internação que se faz presentes, por exemplo, junto a políticas ministeriais conforme dá testemunho a Portaria n° 131 de 2012 (BRASIL, 2012b), que institui incentivo financeiro inclusive para as Comunidades Terapêuticas e não menos importantes, o projeto de internações compulsórias, proposto pelo Estado de São Paulo e, junto a ele, o Projeto Recomeço (SÃO PAULO, 2013). Sustentando estas perspectivas encontra-se, entre outros, minimização do potencial terapêutico da RD e, até mesmo, a associação da mesma com o incentivo ao consumo de drogas ilícitas (MACHADO; BORIANI, 2013).

Este contexto de disputas e, particularmente, de ofensiva dos setores sócio-político-sanitários conservadoras no Brasil pós golpe através de políticas que buscam criminalizar, normalizar e interditar a vida dos usuários de drogas reforça a necessidade de refletirmos sobre práticas de resistências e de afirmação de outras possibilidades de cuidado no campo da saúde. No que segue buscamos relatar práticas que questionam as relações de poder e de governo das condutas (FOUCAULT, 1979) destes setores descrevendo e analisando experimentações que tivemos a oportunidade de cartografar, enquanto investigadores de um programa de pós graduação, junto aos serviços de Saúde de Campinas.

Estaremos, nelas, priorizando aspectos vinculados mais diretamente à micropolítica cotidiana do cuidado em saúde

entendendo que esta análise aporta elementos importantes, também, para a compreensão dos aspectos macro políticos desta problemática uma vez que, concordando com Foucault (2008), existe uma dobra entre os distintos níveis do exercício da política que se revela, entre outros, pela constatação de que nos dias atuais

o governo irá se afirmar menos enquanto uma autoridade constituída ou um Estado soberano e, cada vez mais, pelo modo com que procura dirigir a conduta dos indivíduos ou dos grupos (recobrando não) apenas formas instituídas e legítimas de sujeição política ou econômica; mas modos de ação mais ou menos refletidos e calculados (...). Governar, neste sentido, é estruturar o eventual campo de ação dos outros (DREYFUS; RABINOW, 1995, p. 243-244).

Estas considerações dão sustentação à ideia de que o processo de criminalização dos usuários de drogas faz referências às políticas macrossociais, mas, não menos importante que esta relação, é os elementos do campo da micropolítica, que se fazem presentes neste contexto por meio das práticas de cuidado a saúde, e suas formas discursivas. Trata-se, portanto, de um modo de intervenção que nos remete, sempre, a processos de produção de subjetividades e de indução e estímulo a determinados modos de cuidar da vida e, ou, de interdição a certos tipos de existência.

A criminalização das drogas: a fabricação de um discurso intoxicado?

Como destacamos logo acima, a problemática que se desenvolve em torno do uso de álcool e outras drogas na contemporaneidade atravessa também os processos de trabalho

dos profissionais de saúde e, a esse respeito, percebe-se a fabricação de um “discurso intoxicado”. Tal discurso faz ver e falar certos estados de fissura que os processos de trabalho em saúde têm experimentado, bem como a necessidade de consumir certos tipos de modelo de cuidado que pouco aponta para a produção de algum desvio nesse campo, focando-se muito mais na droga do que nas pessoas.

Trata-se, portanto, de uma questão que não é de menor importância, uma vez que a linguagem e o discurso tem um caráter performativo, constituindo-se em um espaço privilegiado de disputas na qual autoridades colocam e especificam os problemas de governo e sistemas de ação através dos quais buscam atingir determinados objetivos: discursos constroem realidade e têm um papel fundamental na produção e manutenção da vida social e da subjetividade (CARVALHO et al, 2018).

Considerando que o conhecimento sempre está implicado com as relações de poder e que nenhum conhecimento dever ser, portanto, compreendido como um elemento neutro ou desinteressado. Foucault (1979) chama a atenção de que a produção de discursos não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação em uma determinada sociedade, mas também aquilo pelo que se luta. Para o autor, essa vontade de verdade, que hoje se apoia sobre os suportes dos vários tipos de práticas e instituições, tende a exercer sobre outros discursos uma espécie de força de lei e um poder de coerção que os torna quase mudos e invisíveis (FOUCAULT, 2012a, p. 17).

Tais reflexões podem ser observadas, por exemplo, no discurso da judicialização das práticas de cuidado em saúde dos usuários de álcool e outras drogas. Componentes importantes dos processos de normalização, criminalização e de interdição do desejo dos diferentes, se fazem presentes no cotidiano das práticas de cuidado destinadas a esses sujeitos.

Não são poucos os momentos que, em nome do ideal de justiça e da proteção da vida individual e coletiva, os profissionais de saúde demandam a intervenção das ‘autoridades judiciárias’ sobre os pacientes que apresentam condutas transgressoras nos seus territórios de vida. Muitas vezes, estas intervenções têm consequências importantes sobre o fazer clínico, interditando vivências da diferença no momento em que modos de subjetivação disruptivos, que escapam aos padrões de normalidade, são traduzidos e narrados pelas ideias de risco e perigo.

É interessante aqui observar como a medicina, e nela seus expertos, caminha, em muitos momentos, lado a lado com a prática jurídica. Isto se dá, por exemplo, quando a medicina busca individualizar o fenômeno coletivo da doença através da invenção da noção do ‘caso’ que se estrutura a partir da observação de regularidades. Regularidades estas, facilmente reconhecidas na temática abordada neste trabalho como “casos AD” e, que quando observados como uma série foram associados às noções de perigo e risco (FOUCAULT, 2008, p. 79; CARVALHO 2018).

Com isso, nota-se que as fronteiras que anteriormente separavam os sujeitos entre doentes e delinquentes foram gradativamente eliminadas. Neste sentido, a criminalização e

patologização da vida se converteram em uma forma geral de regulação da sociedade, onde campos aparentemente distintos, como a medicina e a justiça, se fundiram e se confundiram de tal modo que não se pode mais diferenciá-los claramente nos dias atuais, nem mesmo separá-los totalmente.

Neste contexto práticas de cuidado a saúde passam a ser atravessadas por práticas judiciais, e vice versa, que a fim e a cabo nos remete a uma prática multissecular de reivindicação indefinida que não para de solicitar, e cada vez com mais força e insistência, o poder médico do juiz e o poder judiciário do médico. Nessa medida é que se pode afirmar que há, em todo psiquiatra – e em profissões afins como a dos psicólogos, dos terapeutas ocupacionais, enfermeiros e outros - uma espécie de juiz que instrui efetivamente os processos no nível em que explica as condutas irregulares que justificam os “atos criminosos”, ao passo que, inversamente, se encontra no juiz um tipo de médico que converteu o duro ofício de julgar e punir na bela tarefa de restituir o direito do sujeito de se tratar e se curar a partir dos seus atos infracionais (FOUCAULT, 2013, p. 21).

Esta situação explica, em parte, o fato de que muitos ‘desses casos AD’ acabam caindo em um limbo entre as práticas de saúde mental e judiciárias levando a que muitos dos usuários sejam, ‘absorvidos (ou poderíamos dizer abandonados?) pelas ruas e/ou pelas instituições a Fundação Casa (no caso dos menores) e as penitenciárias (no caso dos adultos).

Se por muito tempo, a psiquiatria e a justiça estabeleceram uma profunda complementariedade, na qual a

psiquiatria tomou para si a resolução dos crimes sem razão que causavam muitas incoerências ao sistema penal (FOUCAULT, 2013). Há em curso, no país, um projeto que rompe e reverte, em parte. Com essa “antiga complementariedade entre a justiça e a psiquiatria”. Atualizando os regimes governamentais da conduta presenciamos, cada vez, o fortalecimento das práticas judiciais em detrimento de outras estratégias de saber-poder. Quadro este que pode ser observado, como já mencionado anteriormente, quando muitas vezes no interior das práticas da ‘reforma antimanicomial’ no Brasil constatamos atitudes profissionais, cada vez mais frequente, de requisição da intervenção do judiciário buscando intervir sobre a conduta dos usuários que não se adequam a nova normalidade extra-muros. Cada vez mais as práticas clínicas vêm sendo intoxicadas por esse regime de forças no cenário do biopoder.

A existência destes movimentos de normalização da vida que se efetua na fronteira saberes, tecnologias e práticas jurídicas e clínica convivem, o tempo todo, com práticas de resistência que tencionam e questionam o sentido dos mesmos e apontam para a possibilidade de pensar, e inventar a vida, de uma outra maneira. Se o discurso constitui um instrumento de poder, ele também pode servir de arma, de instrumento para a guerra (DROIT, 2006, p. 96).

Ilustramos a seguir algumas das práticas de resistência, de contra-condutas e contra-discursos que em nossos trabalhos de investigação tivemos a oportunidade de vivenciar.

Práticas de resistência e contra-conduta no cotidiano do cuidado

A cultura de Amassar o Barro: vivências com os trabalhadores acerca do tema da prática de internações compulsórias no campo da Saúde Mental.

A partir da experiência vivida em uma oficina realizada com os profissionais da rede de saúde mental apresentamos aqui alguns afetos dela derivados. Neste encontro estavam presentes profissionais de vários núcleos e serviços de diversas regiões da cidade, tais como: psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, artistas plásticos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, monitores e redutores de danos das Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento (PA), CAPS ad, CAPS III, CAPS ij e Apoiadores de Saúde Mental.

Começamos o encontro lendo algumas narrativas de casos internados compulsoriamente no município e, após esta leitura, produzimos um painel com tecidos, tinta, linhas, lãs e medicamentos cuja foto encerra esse relato. Em seguida a essa prática realizamos um pequeno debate onde os profissionais compartilharam entre si as reflexões que o encontro havia suscitado em cada um. Essa discussão realizada no fechamento do encontro foi tão potente que, no intuito de expressar a força de sua reverberação, optou-se por transformá-la em uma narrativa.

Diante da aridez que o contexto atual dissipa sobre os corpos dos trabalhadores da Saúde Mental, a oficina se delineou, como um encontro surpreendente. Saímos dela fortalecidos

enquanto coletivo, refletindo sobre quanta vida, quanta força e quanta abertura emanam dos profissionais para o trabalho árduo e minucioso que se pretende realizar no dia a dia dos serviços de Saúde Mental.

Assim, convidamos o leitor a acompanhar esse acontecimento, como alguém que experimenta o inesperado, por meio de uma narrativa construída a partir do diálogo tecido entre os profissionais que compartilharemos logo abaixo:

Nos campos onde realizamos o trabalho de redução de danos com os usuários que estão fazendo uso de drogas, nós os ouvimos contar que, quando eles saem dessas internações, acabam usando o dobro do que já usavam. Então eu tenho a impressão de que a internação compulsória não tem um resultado eficaz. Além disso, pelos casos que discutimos hoje, também fico com a impressão de que é muito difícil dar conta desses casos, que esses pacientes precisam ser muito bem acolhidos pelos serviços.

Eu já trabalhei nos Serviços Residenciais Terapêuticos e ouvi muitos relatos dos pacientes contando sobre suas experiências de viverem internados nos hospitais. Acho que apesar dessas internações não serem compulsórias, essas pessoas foram abandonadas nos hospitais pelos seus familiares e essa experiência, ao invés de produzir saúde e produzir vida, produziu algo extremamente trágico na vida desses sujeitos. O hospital, nesse sentido, se converteu para muitos em um espaço de morar, mas para muitos deles aquele lugar nunca foi um espaço de vida.

Eu fiquei muito angustiado com as histórias de internação compulsória, porque parece que eu estou ouvindo todo dia isso. A história desses sujeitos tem algo em comum. Tem uma falta em comum, na história de cada um desses sujeitos, que a judicialização não conseguiu considerar. A internação realizada dessa forma não é esse lugar de escuta.

Acho que o CAPS tem mais condições de escutar esses sujeitos e produzir com eles outra história, que faça sentido para eles. Acho que é possível produzir outro sentido que não seja só esse de judicializar a vida. Porque a vida está judicializada em todas as instâncias. A gente vem num processo crescente de que tudo tem que passar pela via da lei. A vida tem perdido muito o sentido de construção individual. Acho que a gente tem uma tarefa como profissional de ajudar os usuários a produzir sentidos. Quando eu saio da minha casa para ir trabalhar, preciso produzir um sentido sobre o que eu vou fazer naquele lugar. Acho que a gente precisa repensar os nossos processos de trabalho e produzir uma abertura para escutar mais o outro e ajudá-lo a produzir sentido para sua vida. Certamente a lei não é essa via de produção de sentido.

Alguém comentou sobre o tema da prisão, mas não é incomum ver meninos de rua induzirem o seu próprio aprisionamento por terem uma ideia de que aquilo é a única coisa que daria conta dele naquele momento. Eles fazem um pedido. Aí eu fico pensando em como nós,

profissionais de saúde, podemos desconstruir essa ideia de que a única solução é a internação e a prisão. Quais outras ferramentas a gente têm para trabalhar além dessas? Como produzir outros sentidos para eles sem precisar apelar para o juiz, fazer uma imposição? Muitas vezes, a gente vê esse discurso da internação vindo dos próprios usuários. É um discurso pronto que vem deles, e a gente sabe que, quando eles vão para lá, também não dão conta de ficar.

Eu acho que tem um pedido de um contorno, de uma continência, que esses pacientes fazem para a gente. Essas ideias de liberdade e prisão em absoluto, o que querem dizer, né? Quando eles estão na rua, por exemplo, que tipo de liberdade eles experimentam? Que projetos eles conseguem manter? Que apoio eles têm? É muito triste ver como esses pedidos para ir para um espaço fechado se constituem, muitas vezes, quase como que um pedido de contorno, de um lugar, uma saída.

Eu acho que a gente vai perdendo a capacidade de construir as respostas juntos, e começamos a delegar isso para o outro, que a gente “imagina” que pode ter condições de exercer essa função. A gente investe que o juiz faça isso, que o professor faça aquilo, que o enfermeiro da unidade execute tal procedimento, que o chefe resolva o meu problema, que a polícia dê limite para o criminoso. A gente vai delegando para o outro essa tarefa e investindo nesse modelo ideal, né? Só que não! A nossa sociedade vai construindo formas de controle e fabricando os agentes que vão executar esse controle. Só que, em algum

momento, alguém vai descompensar, e vai gerar um conflito. Eu penso que o controle é um mecanismo de exclusão, de ordenação de tudo aquilo que precisa ser apartado.

O tempo todo a gente fica tipificando, tentando dar um jeito em coisas que não tem jeito. Isso gera uma super angústia nos profissionais, e aí é que acho que nós acabamos recorrendo ao juiz. Porque não conseguimos deixar os pacientes na situação em que muitas vezes os encontramos. A gente precisa dar um jeito, mesmo que seja institucionalizando as pessoas.

Tem várias forças que compõem esse controle, né? A mídia quer controlar, a polícia quer controlar. Para isso acontecer, eles criam o normal, para separar as pessoas que não estão nesse normal. Aí, o que está fora desse normal é excluído, e depois incluído. Ele entra no sistema, e depois sai. Quando não convém, ele fica para fora, quando convém, ele volta para o sistema. É isso, né? Os controles que você é submetido dependem do lugar que você ocupa. E a questão do uso de álcool e outras drogas tem muito a ver com o descontrole, né?

Como que a gente lida com esse surto coletivo? Como a gente dá vazão para esse controle? É como amassar barro, né? Quanto mais apertada, mais vaza, quanto mais vaza, mais mole fica, quanto mais mole fica, menos a gente segura.

Concluímos esse relato reiterando que há muita potência atravessando os discursos e as práticas de quem “suja as mãos amassando o barro” e é preciso não se esquecer disso nunca!

É preciso não duvidar da vida e da fonte de criação que são imanentes às práticas produzidas por esses profissionais. E, essa força, atravessa as redes de cuidado que eles tecem no cotidiano, rompe a aridez dos dias e os reinventa. Como diz Guimarães Rosa: “O sertão me produz, depois me engoliu, depois me cuspiu do quente da boca”. “O sertão está em toda a parte”. “O sertão é dentro da gente”.

Eu bebo sim e estou vivendo: práticas cotidianas de ‘descriminalização’ do cuidado na saúde

Em uma experiência de cuidados desenvolvida na Rede de Atenção Psicossocial em Campinas, SP, Pena e Carvalho (2009), trabalham a possibilidade de contato com usuários de álcool em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) a partir de uma proposta de “desobjetalização” do desejo. Assim, esta prática se construiu por meio da formação de um grupo que não tinha nome a princípio, pois não se sabia de antemão a qual demanda acolheria. Os terapeutas receberam, então, pessoas, na quase totalidade homens, que se aventuraram a entrar no universo grupal a partir de uma necessidade individual de cuidados devido ao uso excessivo de álcool (PENA; CARVALHO 2009).

Os frequentadores deste grupo, num primeiro momento, esclareceram que não costumavam buscar aquele serviço, pois tinham receio de que fossem identificados naquele espaço como bêbados. Pensando em exercitar, fora do cenário jurídico, uma prática de cuidado dirigida pelo paradigma da descriminalização

do uso de drogas, os terapeutas procuraram, inicialmente, construir arranjos com a equipe da UBS para que se produzissem novas aberturas que possibilitassem a entrada dessas pessoas na unidade, sem que elas necessariamente precisassem se identificar como usuários de álcool ou drogas. A partir dessa estratégia, criou-se um discurso coletivo por meio do qual a comunidade foi informada de que havia um espaço de acolhimento em saúde mental e, quem quisesse, poderia chegar às segundas-feiras de manhã na UBS e participar do grupo.

Evidentemente, o “assunto” não se restringiu ao álcool. O espaço permitiu – e buscou – a entrada das “outras drogas”, assim como de outros temas. Aos poucos, as diferentes problemáticas foram se cruzando e a experiência comum de construção de uma estratégia de cuidado apoiou-se, mas também questionou, os textos das políticas oficiais que circunscrevem a Atenção Básica e o quesito álcool e drogas – “ad” no Sistema Único de Saúde (SUS).

Procurou-se possibilitar, neste contexto terapêutico, que a vida guiasse as linhas de intervenção produzida neste grupo. O álcool operou como um agregador de afetos e encontros, e foi tomado pelos terapeutas como um elemento intercessor que permitiu produzir uma análise dos modos de se estabelecer a vida no território e, principalmente, compreender como as práticas em saúde precisam dialogar com multiplicidade da vida. Passos e Barros (2000, p.77), ao discutir a ideia de intercessor construída por Deleuze, destacam que

Não há indiferença no trabalho com os conceitos quando sabemos que são operadores de realidade.

Neste sentido, eles nos chegam como ferramentas. Um conceito-ferramenta é aquele que está cheio de força crítica. Ele está, portanto, cheio de força para produzir crise, desestabilizar. É assim que entendemos a ideia de “intercessor”.

Assim, nessa perspectiva do cuidado, o álcool operou construindo outro tipo de operador da realidade; ele foi reconhecido não apenas como sintoma, mas como possibilidade de produção de redes afetivas, de força que pode contribuir para a despatologização do cotidiano, um elemento que conecta as pessoas em relação.

Através desse outro modo de perceber a realidade, compreendeu-se o uso do álcool como uma prática. Assim, foi possível apreender que, de acordo com Pena e Carvalho (2009, p.165):

O uso da bebida alcoólica foi aparecendo nas entrelinhas dos papéis assumidos por esses homens, pois o grupo [era¹⁰] predominantemente masculino. Algumas falas revelam o início do uso a partir do trabalho, das decepções amorosas, das vivências com algumas complicações clínicas, dos problemas familiares, da história de vida através da criação que os pais deram.

Particularmente, nesta experiência de grupo, reuniram-se amigos, conhecidos, pessoas que frequentavam os mesmos espaços da comunidade, que construíam suas vidas por ali, naquele mesmo território. A estratégia utilizada pelos terapeutas – fazer com que as pessoas chegassem anonimamente, portadoras apenas de um desejo pelo diálogo, pelo acolhimento, foi crucial para que essas pessoas, expressões singulares de múltiplas formas

10 A expressão original “hoje é” foi substituída pelo tempo verbal “era” para efeito de concordância com o momento onde a intervenção aconteceu.

de compor a vida e se relacionar com o álcool e com qualquer outra droga, trouxessem para o grupo suas histórias.

Esta experiência mostrou ainda os elementos da vida que os participantes do grupo teciam fora da unidade de saúde, e que se colocavam, do mesmo modo que o grupo, como pontos de sustentação da grupalidade que ali se construiu. A maioria destes personagens pescava junta, faziam churrascos, almoços, suas famílias se conheciam, conviviam entre si. Buscaram, certa vez, reconstituir a associação de moradores e retomar suas atividades. Percebemos ali uma cadência, um ritmo próprio, diferente, socialmente criminalizado. Fazia tudo isso e bebiam. Reduziam danos? Abstinham-se? Controlavam-se? Liberavam-se? Não nos interessa responder a essas perguntas, mas sim, centrar o cuidado na produção e valorização da vida, e não na potência da substância “ad”.

Em relação a essa dinâmica pulsante, interessou, nessa prática grupal, sustentar com esses homens o imponderável para muitas práticas de saúde voltadas para os “casos ad”: buscou-se centrar o cuidado na produção e valorização da vida, e não na potência da substância “ad”. Como efeitos dos encontros no grupo, algumas pessoas voltaram a trabalhar, outros nos abandonaram, teve gente que voltou a estudar, teve gente que parou de beber e teve gente que só queria beber. Foram dois anos de trocas que abriram outras possibilidades de existência no trabalho em saúde, questionando as distinções entre “trabalhadores e usuários do serviço”, “médicos e pacientes”, “saúde e doença”. Foi, certamente, uma experiência de construção de cuidado

envolvendo clínica, política, encontro e afeto que cuidou sem exigir que se abandonasse a bebida. Com a equipe da UBS, os terapeutas buscaram, ainda re-significar o modo de olhar para o sujeito, para a vida em processo, pois isso não pode ser insuportável no nosso trabalho. O outro, em sua diferença, não deve ser o insuportável.

Considerações Finais

A criminalização das drogas é um discurso e uma prática que, muitas vezes, permanece mascarada nas mais variadas formas de conhecimento e ação que nossa sociedade desenvolveu. Ela se faz presente nos discursos do Estado, nas Políticas Públicas – em especial nas de segurança e de saúde –, e junto à micro políticas de variadas matizes das quais aqui tivemos a oportunidade de discutir aquelas que buscam cuidar dos usuários da droga no setor saúde ou através de práticas de judicialização da saúde.

Estes discursos mais do que representar uma realidade nominam, induzem e preparam o campo de ação de políticas e práticas sendo, portanto, objetos centrais das de disputas sociais.

Pensamos, neste sentido, que seja fundamental questionar e disputar o sentido de práticas discursivas que preconizando uma suposta normalidade buscam controlar, disciplinar – e no limite eliminar - os ‘anormais do desejo’ (MERHY, 2013) que habitam as ruas de nossas cidades. Práticas discursivas que muitas vezes se valem do poder judiciário e, não menos importante, de práticas cuidadoras e clínicas que buscam a fim, e a cabo,

realizar uma ortopedia social controlando os corpos daquele que buscam inventar outros modos de vida.

Esta desconstrução de práticas discursivas é, em nosso entendimento fundamental à aventura e possibilidade de nos pensarmos de outra maneira. Se pensarmos então que a descriminalização das drogas e o fortalecimento das estratégias de redução de danos nas práticas de saúde vigentes podem ser uma máquina de guerra, é imprescindível que possamos operar em nosso próprio discurso cotidiano essa transformação, no sentido de caminhar para uma diferenciação.

Isto passa por buscar, no dia a dia de nossas práticas, espaços de resistências, de criação de linhas de fuga ao que está instituído como dado, como uma normalidade a ser seguida e induzida. Estas mudanças pedem novas sensibilidades, novos diagnósticos das condições de emergência e desenvolvimento de determinadas situações históricas e, não menos importante, de novas problematizações que nos permitam colocar em questão aquilo que se afirma como verdade.

Através de alguns pequenos 'testemunhos' e vivências aqui descritas e comentadas esperamos termos, mais do que refletir sobre o hegemônico e seus eternos jogos de normalização e criminalização dos usuários de droga, demonstrado como outros 'pequenos mundos' sejam possíveis tomando como guias práticas cotidianas de resistência e invenção da vida de profissionais e usuários que buscam afirmar a vida como potência e resistir ao governo das condutas que operam em nossas sociedades.

Bibliografia

- ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, 2009.
- ANDRADE, T. M. Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, 2011.
- AZEVEDO, B. M. de S. A aposta no encontro para a produção de redes de produção de saúde. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2016. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000967729>>. Acesso em: 23 ago 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, 2003. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 23 ago 2018.
- _____. Casa Civil. Decreto 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm>. Acesso em: 23 ago 2018.
- _____. Casa Civil. Decreto 7.179 de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm>. Acesso em: 23 ago 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília, 2011a. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>. Acesso em: 23 ago 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011b. Disponível em: <www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Portaria_3088_Rede_de_Atencao_Psicossocial.pdf>. Acesso em: 23 ago 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 131, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas. Brasília, 2012b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html> Acesso em: 23 ago 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à Saúde da População em Situação de Rua. Brasília, 2012c. Disponível em: <189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_ua.pdf>. Acesso em: 23 ago 2018.

- em: 23 ago 2018.
- BOITEUX, L. Cárceres da Droga e da Miséria. *Revista Nueva Sociedad*, v.268, 2017. Disponível em: < www.nuso.org >. Acesso em: 24 de ago 2018.
- CARVALHO, S.R., OLIVEIRA, C.F.; SATER, H. Os riscos do risco na saúde e o governo das condutas. *Interfaces: Comunicação, Educação e Saúde*. 2018 (aceito para publicação).
- COSTA ROSA, A. Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP; 2013.
- DALLA VECCHIA, M.; LOPES, F. de M.; CARBONÁRIO, F. A. (Org.). *A Rua em Cena: Implantação de Projetos de Redução de Danos em Barbacena/MG*. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.
- DELEUZE, G. Foucault. São Paulo: Brasiliense, 2006.
- DE LUCCA, D. A rua em movimento: experiências urbanas e jogos sociais em torno da população de rua. 2007. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- DREYFUS, H.; RABINOW, P. Michel Foucault: uma trajetória filosófica. Para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- DROIT, R. P. Michel Foucault: entrevistas. Rio de Janeiro: Graal; 2006.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- _____. *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: Nau; 2002.
- _____. *Segurança, território, população*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- _____. *As regularidades discursivas*. In: *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 2012.
- _____. *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes; 2013a.
- _____. *Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão*. Rio de Janeiro: Graal; 2013b.
- LANCETTI, A. *Contrafissura e Plasticidade Psíquica*. São Paulo: Hucitec; 2015.
- MACERATA, I. M. Experiência POP RUA: Implementação do “Saúde em Movimento nas Ruas” no Rio de Janeiro, um Dispositivo Clínico/Político na Rede de Saúde do Rio de Janeiro. *Polis e Psique*, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 207-219, 2013. Disponível em: < <http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/46178/28740> >. Acesso em: 23 ago 2018.
- MACHADO, L. V.; BORIANI, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. *Psicologia - Ciência e Profissão*, Brasília, v. 33, n. 3, p.76-85, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300006 >. Acesso em: 23 ago 2018.
- MACRAE, E. Aspectos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos. Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos (NEIP). Disponível em: < <http://www.neip.info/downloads/edward2.pdf> >. Acesso em: 23 ago 2018.
- MEDEIROS, R. “Clínica e Croni(cidade): impactos do uso/abuso de crack na configuração urbana e nos tratamentos da toxicomania”. In: SAPORI, L. F.; MEDEIROS, R. *Crack: um desafio social*. Belo Horizonte: PUC-Minas, 2010.
- MESQUITA, F.; BASTOS, F. I. *Drogas e Aids: estratégias de redução de danos*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C. (Orgs.). *Pesquisadores in-mundo: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.
- MERHY, E. E. *Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua*. Conselho Federal de Psicologia, Brasília, p. 1-9, 2012.
- PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. *Redução de Danos e Saúde Pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”*. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011.
- PASSOS, E.; BARROS, R. B. *A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília, v.16, n.1 p.71-79, 2000.
- PENA, R. S.; CARVALHO, S. R. *Eu bebo sim e estou vivendo! O álcool como um agregador de afetos*. In: CARVALHO, S. R.; BARROS, M. E.; FERIGATO, S. (Orgs.). *Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade*. São Paulo: Hucitec, 2009, p. 157-172.
- RODRIGUES, C. C. O. *Uma genealogia dos anormais na contemporaneidade: ensaios sobre alguns processos de judicialização que atravessam a rede de atenção psicossocial*. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2017.
- RUI, T.; FIORE, M.; TÓFOLI, L. F. *Pesquisa Preliminar de Avaliação do Programa de Braços Abertos*. Plataforma Brasileira de Política de Drogas (PBPD)/ Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM). São Paulo, 2016.
- SÃO PAULO. *Governo do Estado. Entenda o que é a internação compulsória para dependentes químicos*, 2013. Disponível em: < <http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/ultimas-noticias/entenda-o-que-e-a-internacao-compulsoria-para-dependentes-quimicos/> >. Acesso em ago 2018.
- SOUZA, T. P. *O nascimento da biopolítica das drogas e a arte liberal de governar*. *Fractal*, v. 26, n. 3, p. 979-998, 2014.
- TISSOT, Z. L.; HILDEBRANDT, L.M.; LEITE, M.T.; MARTINS, R.V.; COSENTINO, S.F. *Álcool e outras drogas e a implantação da Política de Redução de Danos no Brasil: revisão narrativa*. *Atenção à Saúde*, v. 13, n. 43, p. 79-89, 2015. Disponível em: < http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/2730 >. Acesso em 23 ago 2018.
- VENTURA, C. A. A.; BENETTI, D. A. M. *A evolução da lei de drogas: o tratamento do usuário e dependente de drogas no Brasil e em Portugal*. *Saúde Mental Álcool e Drogas*, v. 10, n. 2, p. 51-60, 2014. Disponível em: < <http://revistas.usp.br/smad/article/view/98717/97280> >. Acesso em 23 ago 2018.

A guerra ao crack: A criação de uma droga demoníaca nos EUA ⁽¹¹⁾

Autores

Craig Reinerman

PhD, Professor Emeritus of Sociology and Legal Studies University of California, Santa Cruz. E-mail: craigr@ucsc.edu

Harry G. Levine

PhD, Professor of Sociology Queens College and the Graduate Center City University of New York. E-mail: hglevine@qc.edu

Sumário

Este capítulo aborda o pânico vivido pela sociedade norte americana do crack na década de 1980, dentro de um contexto histórico de “sustos de drogas” anteriores e, em especial, no governo Regan. Como as crises de drogas anteriores, o “susto de crack” foi um momento de histeria nacional que teve mais a ver com a questão racial e desigualdades de classe do que com um novo jeito (arriscado) de ingerir uma velha droga. O medo desta nova droga tinha muito a ver com os medos subjacentes de um “classe perigosa” de usuários - medos que foram cuidadosamente cultivados por políticos e a indústria de controle de drogas por suas próprias razões.

Palavras-chave

Crack, cocaína, uso de drogas, abuso, vício, raça, crime, política de política de drogas

A guerra ao crack:

A criação de uma droga demoníaca nos EUA

Craig Reinerman and Harry G. Levine

Na primavera de 1986, os políticos e os meios de comunicação americanos começaram um extraordinário frenesi antidroga. Jornais, revistas e redes de televisão publicavam regularmente histórias chocantes sobre uma nova “epidemia” ou “praga” do uso de drogas, especialmente do crack. Eles disseram que essa “epidemia” estava se espalhando rapidamente das cidades para os subúrbios e estava destruindo a sociedade americana. Políticos de ambos os partidos fizeram apelos cada vez mais insistentes para uma “*Guerra às Drogas*”. Eles até se desafiaram uns aos outros a fazerem testes de urina para fornecerem provas químicas de sua pureza moral. É certamente verdade que os Estados Unidos têm problemas reais de saúde e sociais que resultam no uso de drogas ilegais e legais. Mas com certeza também é verdade que o período de 1986 a 1992 foi caracterizado pelo extremismo antidrogas.

Usamos o termo “*susto de drogas*” para designar períodos em que as cruzadas antidrogas obtiveram grande destaque e legitimidade.

Os “*sustos da droga*” são fenômenos por si mesmos, independentemente do uso de drogas e problemas com drogas.

11 Originalmente publicado em *Crack In America: Demon Drugs and Social Justice*, University of California Press, 1997

Os “*sustos de drogas*” ocorreram ao longo da história dos EUA, independentemente dos aumentos reais no uso de drogas ou problemas com drogas. Durante as “*ameaças vermelhas*”, como o período McCarthy nos anos 50, os esquerdistas eram considerados ameaças sérias ao estilo de vida americano. Da mesma forma, durante os “*sustos de drogas*”, todos os tipos de problemas sociais foram atribuídos a uma substância química ou a outra¹². O período de 1986 a 1992 foi, em muitos aspectos, o mais intenso “*susto de drogas*” do século XX. Com poucas vozes dissidentes, os políticos e a mídia abraçaram a metáfora da administração Reagan “Guerra às Drogas” e declararam que a “guerra às drogas” era uma boa política social. No centro de toda a histeria estava “crack”.

O crack surgiu no final de 1984 e 1985, principalmente em bairros empobrecidos da periferia de afro-americanos e latinos em Nova York, Los Angeles e Miami. Crack é cocaína fumável. Ganhou o seu nome a partir do som “crepitante” que faz quando aquecido. É facilmente produzido em uma panela em um fogão de cozinha por

12 Uma razão para examinar os “*sustos de drogas*” como fenômenos por si só é que eles não se limitaram às drogas e aos comunistas. Por exemplo, em 1920, houve um susto no tabuleiro ouija de duração de vários meses que compartilhou algumas características com o susto do crack. Jornais falavam de “uma onda de insanidade” causada por painéis ouija que tinham crescido em “proeminência nacional”. Um artigo típico de primeira página do San Francisco Chronicle dizia: “invadindo uma casa em El Cerrito, ... policiais ontem detiveram várias pessoas que haviam ficado loucas brincando com tábuas ouija.” *Parece que uma garota de 15 anos usou o tabuleiro para “induzir poder desconhecido” sobre os outros* (4 de março de 1920, p. 1). Dois dias depois, em outro ataque, outras “vítimas”, incluindo um policial, foram transformadas “de um estado de normalidade em loucura” sob a influência deste jogo de salão. Em um ataque do que parecia ser uma força super-humana geralmente atribuída a uma droga, o policial havia “agredido 2 guardas”, sequestrado um carro e “jogado contra o Banco Central Nacional nu, sim sem roupas” (San Francisco). Chronicle, 6 de março de 1920, p. 1). Antes que o susto do conselho ouija tivesse acabado, muitos outros haviam sido presos, encarcerados ou internados em asilos e “especialistas” discutiram seriamente a “abolição das sessões” (San Francisco Examiner, 7 de março de 1920, p. 1). Para excelentes análises teóricas de tais sustos, ver Goode e Ben-Yehuda (1994).

“cozinhar” uma mistura de cocaína em pó, água e bicarbonato de sódio. O crack normalmente é vendido em pequenos frasquinhos ou envelopes que custam entre cinco e vinte dólares. O crack não era um novo medicamento; seu ingrediente ativo é inteiramente cocaína. Nem era uma nova maneira de usar cocaína. Fuma-se cocaína desde a década de 1970.

O crack foi uma inovação de marketing.

Era uma maneira de embalar uma mercadoria relativamente cara e de luxuosa (pó de cocaína) em unidades pequenas e baratas. Assim embalada, essa forma de cocaína fumável (crack) era então vendida, geralmente na rua por jovens afro-americanos e latinos, para uma classe totalmente nova de clientes: moradores de bairros empobrecidos dos centros das cidades.

A inovação de marketing foi bem-sucedida por pelo menos dois motivos.

- 1) Havia uma enorme força de trabalho de jovens desempregados prontos para assumir o emprego no novo negócio de preparação e venda de crack nos bairros. Trabalhar no negócio de crack oferecia a essas pessoas melhores empregos, condições de trabalho e remuneração do que qualquer trabalho “oficial / legal” que pudessem conseguir (e melhor do que a maioria dos empregos ilegais como principiantes, como arrombamentos ou roubo de rádios de carros)¹³.

13 Ver, por exemplo, Fagan (1992) para um forte estudo empírico mostrando que os jovens atraídos para as vendas de crack e outras drogas em “bairros aflitos” não foram desviados do emprego legal para a economia do crack. Em vez disso, a maioria estava desempregada e carecia

2) O crack teve sucesso porque transformar a cocaína em pó em fumável mudou a forma como a cocaína foi consumida e, assim, fortaleceu dramaticamente o caráter da intoxicação por cocaína. Fumar crack ofereceu uma intoxicação muito breve, mas muito intensa. Esse “alto” barato e dramático era muito mais adequado às finanças e ao interesse na fuga imediata dos pobres dos centros das cidades do que os efeitos mais sutis e caros da cocaína em pó.

A cocaína em qualquer forma é um estimulante, muito parecido com a anfetamina ou mesmo a cafeína. Quando a cocaína em pó é cheirada em pequenas doses (como costuma ser), a pessoa fica moderadamente alerta e energizada. Assim, os efeitos psicoativos típicos da inalação de cocaína em pó são sutis. Os usuários relatam ter de aprender a reconhecê-lo (ver, por exemplo, Waldorf et al. 1991). Na década de 1930, Cole Porter escreveu a frase “*Cocaina não me dá onda*” sobre a cocaína em pó.

Cole Porter teria conseguido uma “onda” com crack, mas ele provavelmente não teria gostado muito da experiência.

Quando a cocaína é fumada, ela entra na corrente sanguínea rapidamente, proporcionando um efeito poderoso. O crack é uma droga forte e até dura. Um experiente usuário de cocaína disse que depois de fumar dez dólares de crack: “Eu estava tão chapado que fiquei assustado - e não me assusto facilmente ...

do “capital humano” necessário para entrar no mercado de trabalho legal. Assim, para esses jovens, o mundo das drogas oferecia oportunidades econômicas e também informal, praticado em seu bairro entre amigos.

não pretendo mexer com isso de novo”⁽¹⁴⁾.

Ao contrário das histórias da mídia e da retórica da guerra às drogas, a maioria das pessoas que usaram o crack ou fumavam cocaína pura não continuaram a usá-la.

Desde a sua primeira aparição, o crack sempre foi usado pesadamente pela mesma população que sempre usou heroína pesadamente: os pobres urbanos. O consumo diário de crack, como a injeção diária de heroína, ocorre principalmente entre as pessoas mais pobres e marginalizadas da sociedade americana - e apenas entre uma pequena minoria delas. Em seu ano mais popular, o crack era usado pesadamente apenas por uma pequena porcentagem das pessoas que usavam cocaína. O crack nunca se tornou uma droga popular ou amplamente utilizada nos Estados Unidos ou em qualquer outro lugar do mundo.

No entanto, a forma com que os meios de comunicação e os políticos se referiram a ele durante o período de 1986 a 1992 foi diferente.

O crack foi retratado como a substância mais contagiosamente viciante e destrutiva que se podia imaginar, com a revista Newsweek chamando-a de “*toda uma farmacopeia de venenos*”. Políticos e a mídia retrataram o crack e outras drogas ilícitas como doenças virulentas que atacavam a sociedade americana. Começando em 1986 e continuando no início dos anos 1990, grandes instituições americanas - igrejas, escolas, mídia, organizações políticas, grupos voluntários, publicitários, fundações - realizaram o que representou uma

14 Das entrevistas conduzidas por Pat O'Hare e Peter McDermott, comunicação pessoal.

enorme campanha educacional nacional sobre drogas em geral e crack em particular.

Podia-se esperar que, como resultado de toda essa atenção, os americanos tivessem se tornado as pessoas mais bem informados do mundo sobre o crack e outras drogas ilícitas.

Mas a campanha não aumentou a compreensão porque virtualmente todas essas instituições assumiram as tarefas de promover, também, as políticas da Guerra às Drogas e demonizando o uso de drogas ilícitas. Em vez de relatar a complexa verdade, a mídia se juntou aos políticos na produção de propaganda sobre a guerra às drogas. Ao fazê-lo, os repórteres encontraram “especialistas” que, em entrevistas gravadas, produziam depoimentos gravados assustadores antidrogas e apresentaram generalizações assustadoras e falsas como fatos.

Algumas das histórias relatadas em seis meses em 1986, o primeiro ano do “*susto do crack*”.

Em 17 de março, em uma reportagem de capa intitulada “*Crianças e cocaína*”, Newsweek citou, sem ceticismo, um especialista em drogas que anunciou que “*crack é a droga mais viciadora conhecida pelo homem*”. Ele também disse que fumar crack produz “*dependência instantânea*” (pp. 58-59). Como resultado, a Newsweek afirmou, que o crack “*transformou o gueto*” e “*está se espalhando rapidamente para os subúrbios*”.

Em 20 de março, o New York Times explicou (em uma reportagem de primeira página) que o crack estava espalhando-se do centro da cidade para “os subúrbios mais ricos do condado de Westchester”. “*Está em todo o lugar*”, disse um funcionário

do Departamento de Saúde de Nova Jersey.

Um mês depois, o Times publicou outra reportagem de primeira página sobre o crack se espalhando da cidade para os subúrbios. “*Se não pararmos o crack agora, isso destruirá nossos jovens*”, disse um político de Westchester (27/4).

Em 8 de junho, a manchete de mais uma reportagem do Times na primeira página anunciava que “*o vício em crack se espalha entre a classe média*”. No mesmo dia, outra reportagem do Times relatou que nos subúrbios de Long Island “*o uso de crack atingiu proporções epidêmicas (p.5)*”.

Em 16 de junho, a Newsweek publicou um editorial de página inteira intitulado “The Plague Among Us” (“A Praga entre nós”). Começou:

“Uma epidemia está espalhada na América, tão difundida e perigosa de sua maneira quanto as pragas da época medieval. Sua fonte é o grande e crescente tráfico de drogas ilegais ... toda uma farmacopeia de venenos ... [A epidemia] tirou vidas, destruiu carreiras, destruíram lares, invadiram escolas, incitaram crimes, corromperam negócios, derrubaram heróis, corromperam policiais e políticos ... [A epidemia] é um escândalo nacional, e ... parecemos impotentes para pará-lo (p.18).”⁽¹⁵⁾

Uma semana depois, o New York Times (29 de junho) anunciou o “*crescente uso do crack*” em três condados suburbanos e rurais de Nova York. Sem provas nem ceticismo, o Times

15 É importante notar que a praga que atingiu a Europa no século 14 matou entre um quarto e metade de toda a população, ou cerca de 75 milhões de pessoas. O crack, por outro lado, tem sido usado por uma pequena porcentagem da população dos EUA e está possivelmente relacionado à morte de uma pequena fração destes. Assim, era completamente falso afirmar, como fizeram a Newsweek e outras mídias, que o crack “é uma praga” e era “tão difundida e perigosa em sua maneira quanto as pragas dos tempos medievais”.

informou que nos condados de Westchester, Rockland e Sullivan, o “uso per capita de cocaína é o mais pesado do estado”.

Em 28 de julho, o Jornal “US News and World Report” informava aos leitores que “drogas ilícitas permeiam a vida americana ... uma situação que os especialistas comparam às pragas medievais - ‘o problema número 1 que enfrentamos’” (p.49).

Duas semanas depois, a Newsweek informou que “quase todo mundo agora admite que a praga é praticamente universal” (11 de agosto, p.19).

Ainda achamos esses relatórios incríveis.

Poderiam os redatores e editores terem sido sérios quando disseram que crack e outras drogas ilícitas são “tão difundidas e perigosas” quanto “as pragas dos tempos medievais?” Ou quando eles disseram que “a peste é praticamente universal?”

Infelizmente, repórteres e políticos fizeram tais declarações em tom sério, não como uma ironia. A ironia é um recurso retórico que emprega exagero e o público é informado sobre a piada - por exemplo, dizer que o sorvete “é empilhado a uma milha de altura”. Declarações de que a peste das drogas é “praticamente universal”, que o crack é “instantaneamente viciante” e que o crack está “por toda parte” nos subúrbios afluentes, relatando com seriedade como fato o que era realmente ficção.

Às vezes, o mesmo jornal, revista ou programa de TV que consistentemente relatou falsidades fez um artigo que contradizia seus relatos anteriores e contava a verdade.

Por exemplo, em 1990, após anos relatando que o crack é instantaneamente viciante, a Newsweek escreveu: “*Não conte para*

as crianças, mas há um pequeno segredo sujo sobre crack; assim como a maioria das outras drogas, muitas pessoas usam isso sem tornar-se viciadas. Em seu zelo para proteger os jovens da praga das drogas, a mídia e muitos educadores sobre drogas exageraram quando relatavam o vício imediato e total” (19/2/90: 74-5). A Newsweek não disse aos leitores que havia sido o primeiro a ter “exagerado o vício imediato e total” e a citar, sem questionar, os “educadores sobre drogas” que também o fizeram.

Da mesma forma, em 1989, depois de ser uma das fontes decisivas para difundir a notícia de que nos subúrbios o uso de crack era “epidemia e “em todo o lugar”, o The New York Times notou silenciosamente que exatamente o oposto era verdadeiro. O Times relatou que, exceto por alguns “bolsões urbanos, em condados suburbanos,” educadores, policiais e jovens dizem que o crack e a maioria dos outros narcóticos raramente são vistos nos subúrbios, seja classe média ou rico. “*O crack, segundo o Times, agora “está confinado principalmente a bairros pobres urbanos*” (7/10/89, p.26).

Em geral, os pronunciamentos da mídia e dos políticos sobre as drogas espalham exageros, desinformação e teorias simplistas de causa e efeito. Ensinaaram a má farmacologia, a má sociologia, a má criminologia, a má antropologia urbana e até a má história. Durante esse período, alguns redatores, jornalistas, comentaristas fizeram reportagens de TV e rádio, artigos e publicações inteiras fornecendo informações precisas e bem analisadas sobre drogas. Mas esses relatórios (os corretos) foram largamente superados em número pelos enganosos e falsos.

Esta não foi a primeira vez que a imprensa, políticos e supostos “especialistas” médicos e científicos dos Estados Unidos culpavam o uso de uma droga como a origem de problemas sociais e ligaram a droga a um grupo “ameaçador”. De fato, a história americana registra mais de um “*susto de drogas*” e cruzadas antidrogas.

Drogas demoníacas e “susto de drogas” na história dos USA.

A primeira, maior e mais influente de todas as cruzadas antidrogas foi a campanha do movimento de temperança americana contra o álcool “demoníaco”. De fato, a história moderna de preocupação com “drogas” e de cruzadas antidrogas começa na América no final do século XVIII e início do século XIX com a batalha do *movimento de temperança* contra a bebida alcoólica. Sim, o álcool foi “a primeira droga”. Foi a primeira substância a ser considerada inerente e inevitavelmente viciante (assim como a heroína e o crack são vistos hoje). Foi a primeira droga a ser o foco de um movimento de massas que procurou eliminar seu uso e proibir sua produção e venda. Foi a primeira droga a ser considerada como causadora da violência e do crime. Foi a primeira droga a ser culpada - bode expiatório - por problemas cujas origens eram complexas e estavam no sistema sócio econômico. Durante os séculos 19 e 20, a *temperança* ou o movimento anti-álcool alegou que a bebida alcoólica era responsável pela maior parte da pobreza, crime, violência, doença mental, degeneração moral, famílias desestruturas, fracasso

individual e empresarial. A *temperança* era um movimento da classe média dominante, eminentemente respeitável, o maior movimento duradouro do século XIX (Gusfield:1963).

Nas duas primeiras décadas do século 20, a nova elite empresarial da América juntou-se aos defensores da *temperança* da classe média para criar um novo movimento proibicionista obstinado. A industrialização trouxe para os norte-americanos um número cada vez maior de trabalhadores e imigrantes camponeses com diferentes práticas culturais, religiosas e de bebida. O período entre 1900 e 1920 foi repleto de conflitos de classe, raciais, culturais e políticos que tiveram pouco a ver com problemas relacionados à bebida. Como no século XIX, o álcool era o bode expiatório; mas, mais do que nunca, a proibição foi oferecida como uma panacéia. Proibicionistas prometeram que uma emenda constitucional proibindo o álcool eliminaria problemas sociais, esvaziaria as prisões e asilos, diminuiria os impostos e garantiria a prosperidade permanente.

Muitos defensores empresariais da proibição argumentavam que a bebida da classe trabalhadora interferia com os ritmos da fábrica moderna e, portanto, com produtividade e lucros. Aos medos da ideia do bar como um terreno fértil de imoralidade, os proibicionistas acrescentaram a ideia do salão como um lugar alienígena e subversivo. Eles argumentaram que os salões eram onde os sindicatos se organizavam, onde socialistas e anarquistas encontravam novos recrutas. Para a elite empresarial e política, e para grande parte da velha classe média empresarial e da nova classe média profissional, reprimir bebidas

e bares (botegas) era parte de uma estratégia muito mais ampla de controle social - uma busca por “ordem” em um momento quando a industrialização estava transformando a vida americana (TIMBERLAKE:1963; GUSFIELD:1986 [1963]; LEVINE:1984, 1985, 1986; RUMBARGER:1989).

Proibicionistas orgulhosamente alegaram que a aprovação da 18ª Emenda à Constituição, em 1919, foi um golpe contra o bolchevismo e a anarquia e que isso daria início a uma “era de ouro”. Em 16 de janeiro de 1920, um dia antes de a proibição constitucional entrar em vigor, o pregador evangélico Billy Sunday articulou o sonho utópico no coração da temperança e da ideologia proibicionista:

“O reino das lágrimas acabou. As favelas logo serão uma lembrança. Vamos transformar nossas prisões em fábricas e nossas prisões em depósitos e celeiros. Os homens andarão eretos agora, as mulheres sorrirão e as crianças rirão. O inferno será para sempre para alugar” (Kobler:1973).

Outras drogas demoníacas e “sustos de drogas” tem raízes semelhantes e afirmações igualmente escandalosas.

A primeira lei contra o fumo de ópio nos EUA foi muito mais o resultado da agitação anti-chinesa na Califórnia na década de 1870 do que o incômodo consumo de ópio. Imigrantes chineses foram trazidos como “coolies” para ajudar a construir a ferrovia e trabalhar nas minas. Alguns trouxeram a prática do fumo de ópio com eles. Mas quando a ferrovia foi concluída e o ouro acabou, a recessão se instalou. Trabalhadores brancos se viram competindo com trabalhadores chineses que aceitavam pagamentos menores por empregos escassos e viam os chineses como uma ameaça

econômica. A campanha contra o consumo de ópio (mas não contra outros usos de opiáceos não-chineses) incluiu acusações de jornal chocantes e fictícias de homens chineses que drogavam as mulheres brancas à escravidão sexual. A lei contra o fumo de ópio era apenas uma das várias leis repressivas concebidas, pelo menos em parte, para controlar os chineses e assim amenizar as ansiedades econômicas e xenofóbicas dos brancos (MUSTO:1973; MORGAN:1978).

Questões políticas e raciais mais amplas também foram fatores do primeiro “susto de cocaína”, que levou à primeira lei federal antidrogas, o Harrison Act de 1914. Assim como a crise do crack só floresceu depois que a prática do fumo de cocaína se espalhou para afro-americanos e latino-americanos da classe baixa nos centros de cidade, o mesmo aconteceu com os medos raciais e de classe que alimentaram o primeiro susto da cocaína.

Na virada do século, a população de viciados em opiáceos estava mudando de mulheres brancas, de meia-idade e de classe média para homens mais jovens, da classe trabalhadora e outros grupos “desonrosos” (DUSTER:1970). A imprensa sensacionalista relacionou o uso de drogas com negros, prostitutas, criminosos e trabalhadores imigrantes. Não havia evidências de que os afro-americanos usassem tanta cocaína quanto brancos (MUSTO:1973), e o número real de viciados em opiáceos provavelmente estava diminuindo quando o Harrison Act estava sendo debatido. Não obstante, os políticos brancos usaram questões relativas as raças para incitar a reação do público contra opiáceos e cocaína, pelo menos em parte para fins políticos. Por exemplo, em um

esforço para superar as objeções dos congressistas do sul a uma lei federal antidroga que poderia infringir os “direitos dos estados”, as cruzadas antidrogas espalharam o mito de que a cocaína induzia homens afro-americanos a estuprar mulheres brancas (MUSTO:1973: 6-10, 67-68). Alguns xerifes do Sul até trocaram as pistolas de calibre .32 a .38 porque afirmavam que suas armas antigas não conseguiam deter o negro “com cocaína / enlouquecido”. Como o historiador médico de Yale, David Musto, mostrou, esse primeiro “*susto com cocaína*” não foi primariamente uma resposta ao uso de cocaína ou à dependência de opiáceos ou a qualquer onda de crimes relacionados a drogas. Em vez disso, diz Musto, foi animado pelo “*susto branco*” sobre a “rebelião negra” contra a segregação e a opressão (MUSTO:1973, 7).

Quase um quarto de século depois, em 1937, o Congresso aprovou a Lei de Tributação sobre a Marijuana. Esta primeira lei federal contra a maconha foi o resultado de um susto “Reefer Madness” (Locura da Maconha) orquestrada pelo empresário moral por excelência, Harry Anslinger, um ex-agente do Tesouro dos tempos da lei da proibição do álcool e que foi nomeado chefe do Bureau Federal de Narcóticos após a revogação da Lei Seca (BECKER:1963; HIMMELSTEIN:1983). Antes de Anslinger começar a pintar a maconha como um grande flagelo, não havia nenhuma evidência de uso de maconha generalizada e quase nenhuma matéria sobre a maconha na imprensa ou agitação pública para uma repressão (BECKER:1963; GRINSPOON E BAKALAR:1993, 9). No entanto, no meio da Grande Depressão, a departamento havia sofrido quatro anos seguidos de cortes orçamentários e

opiáceos e cocaína já haviam sido banidos (DICKSON, 1968). Anslinger fez circular em jornais e revistas de todo o país uma propaganda alarmante sobre como a maconha fez um caroneiro do Texas assassinar um motorista, um jovem da Flórida matar sua família inteira com um machado e um homem em Virgínia Ocidental estuprar uma menina de nove anos. Além de provocar temores generalizados sobre o crime, Anslinger estimulava medos raciais específicos com suas alegações de que a maconha tornava os mexicanos particularmente violentos. Ele então disse aos legisladores e a a quem quisesse ouvir que o uso dessa “*erva daninha assassina*” estava se espalhando entre os jovens anglos e que logo espalharia a violência pela sociedade.

Nas décadas de 1960 e 1970, uma nova geração de guerreiros antidrogas transformou a maconha no foco de uma cruzada muito mais ampla - não porque tornasse os usuários agressivos e violentos, mas, de maneira curiosa, porque isso não acontecia. Esses novos guerreiros não viam a maconha como a “*erva daninha assassina*”, mas sim como a “*droga dos que desistem*” (HIMMELSTEIN:1983). Alegavam que a maconha estava “fazendo” com que os jovens perdessem a ética de conquista e se tornassem anti-americanos (por exemplo, se opondo à guerra no Vietnã). Nesse caso, os guerreiros contra a droga, consideravam a maconha como uma ameaça, não porque ela fosse usada por uma “*classe perigosa*”, mas porque acreditavam estar levando uma classe inteira de jovens em uma direção que os grupos dominantes definiam como “perigosa”. Em contraste com a cruzada de Anslinger trinta anos antes, desta vez havia evidências substanciais

do uso generalizado da maconha. No entanto, praticamente nenhuma das alegações sobre as horríveis consequências do uso de maconha foi apoiada por evidências anteriormente ou nesse momento (*Comissão Nacional sobre Maconha e Abuso de Drogas, 1972; Conselho Nacional de Pesquisa, 1982*). Também não houve evidências de efeitos negativos a questão real. Aqui, também, uma droga forneceu um símbolo útil em um conflito essencialmente político entre culturas e gerações.

O frenesi anti-crack de 1986 a 1992 foi o mais recente em uma longa linha de “*sustos de drogas*” que eram, na realidade, sobre “mais do que drogas”.

No próximo capítulo, expomos os ingredientes do “*susto do crack*” com mais detalhes. Como outras drogas demoníacas, o crack tornou-se um bode expiatório - foi culpado por uma série de problemas urbanos duradouros e intensificados que pode ter exacerbado, mas não causado.

Mais do que moléculas: conjunto, cenário e sociologia das drogas

Começamos este capítulo com uma visão histórica crítica de drogas demoníacas e sustos de drogas para mostrar algumas das semelhanças entre o susto do crack e seus predecessores.

No calor do medo do crack, políticos, a mídia e grande parte do público pareciam sofrer de amnésia histórica. Por mais de cem anos, a política de drogas dos EUA foi forjada por políticas simbólicas e interesses especiais, por empreendedores morais e

forte apoio da mídia, e por esforços de grupos dominantes para controlar outros “ameaçadores” de diferentes raças e classes mais baixas. Essas políticas não nos salvaram de nossos problemas relacionados a drogas. Eles, no entanto, empurraram o uso de drogas para subculturas desviantes e transformaram os usuários em criminosos. Eles acrescentaram problemas relacionados à política de drogas aos nossos problemas relacionados às drogas, criando um contexto de maximização de danos para o uso de drogas. Neste artigo, argumentamos que esse contexto criminalizado influenciou a forma como as drogas ilícitas são usadas, por quem, quais são seus efeitos, e até mesmo suas consequências comportamentais.

A ideia de que o contexto social do uso de drogas ajudou a criar nossos problemas com drogas é herética, mas é herético em grande parte porque o discurso sobre as drogas na cultura americana é dominado pelo que chamamos de determinismo farmacológico. Uma consequência cumulativa de nossas cruzadas antidrogas e políticas punitivas é uma demonização profunda das drogas. Essa demonização atribui às substâncias mais poder do que realmente tem. Cidadãos e cientistas têm sido inculcados com a noção de que drogas ilícitas são inerentemente perigosas como doenças contagiosas. Mas as drogas, ao contrário dos vírus, não são agentes ativos; eles são substâncias inertes. Eles não saltam de seus contêineres para os corpos das pessoas sem que as pessoas nesses corpos decidam ativamente ingeri-los. Muitos americanos entendem que o abuso de drogas é mais provável entre alguns tipos de pessoas e sob algumas condições do que

outras. No entanto, devido à nossa história, a cultura americana carece de um vocabulário com o qual as pessoas possam falar sobre drogas desta maneira mais complicada e qualificada.

Existe outra maneira de pensar e falar sobre drogas que revela mais do que moléculas malévolas “causando” mau comportamento. Essa perspectiva enfoca os fatores psicológicos, sociológicos e culturais que moldam os motivos, as experiências e os comportamentos dos usuários. Certamente a farmacologia é muito importante. O crack é profundamente diferente do álcool, mas as propriedades farmacológicas de uma droga não determinam por si mesmas nem mesmo os efeitos de uma droga, muito menos os comportamentos que acompanham esses efeitos.

Essa perspectiva foi mais claramente formulada pelo falecido Norman E. Zinberg, professor de psiquiatria da Harvard Medical School. A premissa básica dessa teoria dos efeitos das drogas é que, além da interação entre as moléculas da substância e as células do corpo humano, os efeitos das drogas são moldados pela mentalidade psicológica do usuário - suas expectativas, humor, saúde mental, propósitos e personalidade - e pelo contexto social de uso - as características da situação de uso, as condições sociais que moldam tais situações e afetam os usuários, e os significados historicamente e culturalmente específicos e motivos usados para interpretar os efeitos das drogas. Todos nós que contribuimos para este artigo descobrimos que para entender o crack e outras drogas, precisávamos empregar essa perspectiva teórica.

Em seu livro “*Drug, Set, and Setting*” (1984), Zinberg

escreveu que após anos de pesquisa clínica e histórica sobre abuso e tratamento de drogas, ele se convenceu de que “*para entender como e por que certos usuários perderam o controle*”, ele “*teria que enfrentar a questão importantíssima de como e por que muitos outros conseguiram alcançar o controle e mantê-lo*” (1984: vii). Zinberg começou a desenvolver sua teoria em 1968, quando ele estava com uma bolsa Guggenheim na Grã-Bretanha, observando seu sistema de manutenção de heroína, em que os viciados tinham o uso heroína prescrito por seus médicos ou clínicas especiais. Ele encontrou muitos viciados que funcionaram com sucesso e viveram vidas bastante normais. Ele também encontrou outros que não funcionavam bem, mas, ao contrário de muitos “viciados” americanos, mesmo eles não estavam cometendo crimes ou criando problemas para ninguém além de si mesmos. Zinberg “*passou a entender que as diferenças entre os dependentes britânicos e americanos eram atribuíveis a seus diferentes contextos sociais - isto é, às diferentes atitudes sociais e legais em relação à heroína nos dois países*” (1984: x).

O Dr. Zinberg também aprendeu sobre a importância do conjunto e do cenário em determinar a natureza e as consequências do uso de drogas logo após seu retorno aos EUA. Houve um novo “terror” sobre uma “epidemia de heroína” vinda de todos os soldados que usavam heroína, tendo iniciado no Vietnã. Como consultor do Exército dos EUA, Zinberg visitou o Vietnã, estudou os soldados e formulou a hipótese de que o uso de heroína era em parte atribuível ao cenário social de um “*ambiente de guerra destrutivo*” (1984: x). Os generais do Exército rejeitaram esse

entendimento, mas uma pesquisa inovadora que acompanhou os veteranos do Vietnã realizada pelo Dr. Lee Robins, demonstrou que quase 9 em cada 10 daqueles que haviam sido viciados em heroína no Vietnã não se tornaram re-dependentes três anos depois de retornarem aos EUA (ROBINS:1973; ROBINS ET AL., 1974). Este foi um estudo marcante porque até aquele momento pesquisadores de drogas e viciados em heroína acreditavam que “*uma vez um viciado, sempre um viciado*”. Professor Zinberg continuou a fazer pesquisas sobre usuários controlados de heroína que apoiaram a descoberta de Robins, onde o uso de heroína não inevitavelmente leva a dependência e que mostrou a importância do conjunto psicológico e configuração social para explicar por que alguns se tornam viciados, enquanto outros permanecem usuários controlados⁽¹⁶⁾.

Zinberg merece crédito por articular o modelo de “*drogas, conjunto e cenário*”, especialmente em um momento em que cientistas e agências de financiamento eram hostis a ele, mas ele não foi o único a descobrir a importância do conjunto e cenário. Muitos outros estudiosos também contribuíram para um entendimento mais científico e social do uso e abuso de drogas⁽¹⁷⁾.

16 Podemos situar o usuário de drogas em um continuum no qual os polos extremos são claros: os que usam apenas ocasionalmente e sem consequências problemáticas, o usuário controlado ou recreativo, até aqueles que o consumo de drogas se torna prioridade em relação a outras atividades, negligenciando o trabalho, a família, sua saúde e seu funcionamento social que vem a ser, geralmente, o viciado. A maioria dos usuários de drogas está em algum lugar entre eles. O problema das drogas são as decorrências, não apenas em função de uso ou mesmo uso regular, e varia claro, por classe social, dentre muitas outras coisas.

17 Embora tenhamos nos baseado nesse artigo a formulação teórica de Zinberg, também nos beneficiamos muito de muitos outros estudiosos cujas pesquisas sobre drogas se encaixam e contribuíram para essa perspectiva. Eles são numerosos demais para nomear, mas os citamos ao longo deste artigo. Merece uma menção especial a este respeito o colega de Zinberg na Harvard Medical School, Professor Lester Grinspoon, MD. Veja especialmente seu livro *Cocaína: Uma droga e sua evolução social* (1976), em co-autoria com James Bakalar.

Em 1947, Alfred R. Lindesmith descobriu o elemento cognitivo crucial no vício em heroína. Suas entrevistas em profundidade com viciados sobre suas carreiras de drogas mostraram que eles se tornaram viciados somente depois que experimentaram sintomas de abstinência, os reconheceram como tal, e então decidiram ingerir mais heroína para aliviá-los. Sem essa mudança de mentalidade, o uso de heroína por si só nem sempre resultou em dependência.

Outro colaborador inicial dessa perspectiva foi Howard S. Becker. Seu texto clássico sobre comportamento desviante, *Outsiders* (1963), contém duas seções sobre a maconha que chamam atenção analítica para variáveis sócio-históricas, culturais e sócio-psicológicas. “Tornar-se um usuário de maconha”, publicado pela primeira vez em um periódico acadêmico em 1953, seguiu o exemplo de Lindesmith.

Becker analisou entrevistas sobre história de vida com usuários de maconha e descobriu que efeito da maconha não era meramente uma resposta reflexa do corpo e mente dos humanos aos ingredientes ativos da fumaça da maconha. Em vez disso, os efeitos são aprendidos nas relações com outros fumantes experientes. Para poder experimentar os efeitos da maconha, os usuários novos tinham primeiro que aprender a fumar para que os ingredientes ativos fossem ingeridos, depois reconhecer os efeitos (inicialmente ambíguos) e, finalmente, interpretá-los como prazerosos. Somente depois que as pessoas tivessem passado pelas três etapas com sucesso, poderiam decidir se tornar um “*usuário de maconha*”. A segunda parte de Becker explicava

como a construção de novas regras e normas criava desvios. Ele traçou como um “empreendedor moral” orquestrou uma cruzada para criminalizar a maconha na década de 1930. Ao redefinir a maconha como “a erva daninha assassina”, a criminalização mudou o cenário amplo em que a maconha foi entendida e usada depois disso.

Alguns anos mais tarde, Becker (1967) publicou um estudo de “episódios psicóticos” induzidos por LSD que demonstraram ainda mais poderosamente a importância do conjunto e cenário. Ele baseou-se na história das drogas para prever - com precisão - que, à medida que mais pessoas tentassem o LSD, haveria uma incidência menor, e não maior, de “viagens ruins”. Becker teorizou que as drogas produzem uma variedade de efeitos, alguns dos quais podem parecer subjetivamente assustadores, mas com a experiência, os usuários aprendem a se concentrar nos efeitos positivos ou desejados e não nos outros. Esse aprendizado ocorreria porque o número de usuários experientes aumentaria com o tempo e a cultura do usuário se desenvolveria, na qual as interpretações positivas dos efeitos da droga se espalhariam. À medida que os usuários aprendem e ensinam uns aos outros o que esperar de uma droga, como usá-la para minimizar os riscos, etc., a experiência induzida por drogas seria interpretada como positiva, em vez de “enlouquecedora”. E realmente, foi assim⁽¹⁸⁾.

Dois anos após o artigo de Becker sobre LSD, a teoria de

18 Bunce (1982) subsequentemente testou a previsão de Becker com dados sobre a prevalência de “bad trips” no LSD e achou correto. Bunce também acrescentou o insight útil de que os relatos extraordinariamente conflitantes dos efeitos do LSD (por exemplo, insanidade produzindo versus expansão mental) ajudaram a criar um cenário cultural e conjuntos psicológicos que aumentaram a probabilidade de tais “viagens ruins”.

que os efeitos das drogas tinham a ver com o aprendizado e a cultura, e não apenas com a farmacologia, recebeu um grande impulso, desta vez da pesquisa antropológica sobre uma droga legal. Num estudo clássico de MacAndrew e Edgerton (1969) do comportamento do bêbado em diferentes culturas, descobriram que os efeitos do álcool sobre o comportamento humano são altamente independentes de seus efeitos sobre a fisiologia humana. Embora beber quantidades substanciais de álcool sempre e em toda parte produza eventualmente estados alterados de consciência, o comportamento das pessoas nesses estados varia acentuadamente de acordo com os “limites” específicos de cada cultura. Em algumas culturas, o uso do álcool leva à agressão e à excitação sexual, em outras culturas, para uma, mas não para a outra, e ainda em sociedades diferentes para nenhuma outra. Os americanos tendem a atribuir o crime violento ao uso de álcool, mas muitas outras culturas não. Apesar da forte associação entre beber e crime nos EUA, outras sociedades têm maior consumo de álcool e muito menos crimes violentos. Através das lentes transculturais de MacAndrew e Edgerton, pode-se ver que a ligação entre beber e crime tem mais a ver com a cultura americana (cenário) e o caráter (conjunto) do que os efeitos químicos diretos do álcool no organismo humano.

O significado causal de conjunto e configuração também já foi demonstrado em uma variedade de experimentos de laboratório sobre os efeitos do álcool. Estes mostraram que a mera crença de que a ingestão do álcool é suficiente para alterar a consciência e comportamento são absolutamente associados

à cultura. Esses experimentos demonstraram que quando as pessoas acreditam ter ingerido álcool (mesmo quando ingeriram um placebo), elas reproduzem comportamentos ligados a ingestão do álcool como ficam mais sociáveis ou agressivos ou disponíveis para a prática libidinosa. Por outro lado, as pessoas que ingerem álcool realmente acreditando ser um placebo muitas vezes não apresentam nenhuma mudança comportamental (Critchlow:1986 & Reinarman e Leigh:1987). Este ponto foi bem resumido por Robin Room em sua introdução à *Drinking and Disinhibition*, uma monografia de pesquisa publicada pelo Instituto Nacional sobre Abuso de Álcool e Alcoolismo.

Nos últimos anos, a evidência vem se acumulando em várias áreas disciplinares para sugerir que a ligação entre o álcool e a desinibição é mais uma questão de crença cultural do que de ação farmacológica. O álcool é certamente uma droga psicoativa; nos sentimos diferentes quando bêbados do que quando sóbrios. Mas como interpretamos esses sentimentos e, em particular, como agimos sobre eles, é em grande parte determinado pela cultura e pelas circunstâncias; Assim, o que é farmacologicamente a mesma droga pode nos tornar agressivos ou passivos, efervescentes ou morosos, frenéticos ou imóveis. Nessa visão, a psicoatividade não determina se o comportamento é desinibido ou controlado: ele simplesmente fornece um vaso vazio de consciência alterada para que cultura, circunstância e personalidade encham de significados e explicações (ROOM E COLLINS:1983; v-vi).

Não é necessário recorrer a experimentos laboratoriais rigorosos para compreender a influência do conjunto e do

cenário nos efeitos das drogas. No que diz respeito aos conjuntos psicológicos dos usuários, por exemplo, nossos alunos relatam que em seus “keggers” ou festas de barril de cerveja todo mundo bebe da mesma cerveja, mas algumas pessoas acabam dançando em cima da mesa, um ou dois outros podem chorar discretamente no canto, e a maioria apenas dança, fala e flerta. Com relação às configurações sociais de uso, a maioria das pessoas notou que duas doses em uma festa de Ano Novo têm efeitos muito diferentes das mesmas duas doses no velório de um parente.

A maioria das pessoas entende, a partir de sua própria experiência cotidiana, que os efeitos sentidos e as consequências comportamentais de uma droga variam de acordo com o modo como os conjuntos psicológicos dos usuários interagem com os contextos sociais de seu consumo de drogas. Um operário feliz de estar no bar depois de uma jornada pesada de trabalho é bem diferente (em termos de motivação e efeito) de um adolescente de dezesseis anos de idade, entediado e alienado, usando licor para superar o dia. Mas, devido à longa história de demonização de drogas e determinismo farmacológico dos Estados Unidos, o debate público e a política geralmente não consideram os efeitos sociais e psicológicos da classe, das condições sociais e econômicas e da própria política de drogas.

No caso do crack, os conjuntos psicológicos e sociais mais importantes são os moldados pela pobreza, o racismo e a gama de outros problemas humanos que afloram a partir deles. Não queremos dizer com isso que o hábito de fumar cocaína não tenha ocorrido entre os brancos e os mais influentes; de fato, o precursor

do crack, o “freebasing⁽¹⁹⁾”, tornou-se amplamente conhecido por ser associado a estrelas do rock e celebridades de Hollywood. Neste artigo, enfatizamos os conjuntos culturais e cenários distintos de pobres nos centros das cidades, porque o uso pesado de crack tem sido altamente concentrado e, conseqüentemente, mais importante para eles. Além disso, foi o uso e a venda de crack por jovens afro-americanos e latinos urbanos que animaram o “susto do crack” e grande parte das imagens da guerra às drogas.

Todas as formas de uso, abuso e dependência de drogas lícitas e ilícitas podem ser encontradas em todas as classes, raças e regiões. A sociologia do conjunto e do cenário é tão importante para entender por que os jovens brancos encontram no LSD um antídoto ao empobrecimento espiritual dos subúrbios, porque os profissionais influentes estressados apreciam uma viagem de MDMA ou “êxtase” como se fosse um fim de semana quimicamente induzido do Club Med e por que tantos homens americanos de todas as classes e raças atacam ou espancam mulheres depois de beber álcool. Mas quaisquer que sejam as constelações de conjuntura e configurações que moldem o uso de drogas entre os estratos médios amplos da população dos EUA, essas pessoas tendem a ser empregadas e abrigadas em vidas que as ancoram na ordem convencional. Pessoas de classe média cujas vidas se tornam difíceis demais frequentemente têm psiquiatras que os prescrevem antidepressivos como o Prozac. Quando os americanos de classe

média se tornam viciados, eles têm muito mais recursos para se livrarem de problemas e muito mais oportunidades para ter uma vida bem-sucedida. Quando alguns americanos de classe média começaram a ter problemas com freebase cocaína no início dos anos 80, por exemplo, os empresários da indústria de tratamento expandiram seus serviços para ajudá-los a estabilizar suas vidas.

Em contrapartida, os pobres e a classe trabalhadora dos centros das cidades tem menos chance de serem empregados e, mais frequentemente, vivem à margem da sociedade convencional. Quando suas vidas se tornam muito difíceis, eles raramente têm psiquiatras, mas às vezes se automedicam, escapam ou buscam momentos de intensa euforia com o que pode ser chamado de antidepressivos, como o crack. Quando alguns deles se tornaram viciados, eles tem muito menos recursos para se livrar dos problemas e muito menos oportunidades de ter uma vida bem-sucedida (HARRELL E PETERSON:1992).

E quando alguns pobres dos centros das cidades começaram a ter problemas com o crack, foi declarada uma guerra às drogas que, comprovadamente, não os ajudou a estabilizar suas vidas.

Bibliografia

- Becker, Howard S., “Becoming a Marijuana User,” *American Journal of Sociology* 59:235-242 (1953).
- Becker, Howard S., *Outsiders* (New York: Free Press, 1963).
- Becker, Howard S., “History, Culture, and Subjective Experience: An Exploration into the Social Bases of Drug-Induced Experiences.” *Journal of Health and Social Behavior* 8: 162-176 (1967).
- Bunce, Richard, “Social and Political Sources of Drug Effects: The Case of Bad Trips on Psychedelics,” pp. 105-125 in N. E. Zinberg and W. M.

19 Freebase é um termo que significa que a droga a ser consumida está em uma forma que não pode ser dissolvida em água, o que quer dizer, que para consumi-la você deve fumá-la. No caso da cocaína, seu “freebase” é o crack (nota do tradutor). <https://www.urbandictionary.com/define.php?term=Freebasing>

- Harding, Eds., *Control Over Intoxicant Use: Pharmacological, Psychological, and Social Considerations* (New York: Human Sciences Press, 1982).
- Critchlow, Barbara, "The Powers of John Barleycorn: Beliefs About the Effects of Alcohol on Social Behavior," *American Psychologist* 41:751-64 (1986).
- Dickson, Donald, "Bureaucracy and Morality," *Social Problems* 16:143-156 (1968).
- Duster, Troy, *The Legislation of Morality: Law, Drugs, and Moral Judgment* (New York: Free Press, 1970).
- Fagan, Jeffrey, "Drug Selling and Licit Income in Distressed Neighborhoods: The Economic Lives of Street-Level Drug Users and Dealers," in A. V. Harrell and G. E. Peterson, Eds., *Drugs, Crime, and Social Isolation: Barriers to Urban Opportunity* (Washington, DC: Urban Institute Press, 1992).
- Goode, Erich, and Nachman Ben-Yehuda, *Moral Panics: The Social Construction of Deviance* (Cambridge, MA: Blackwell, 1994).
- Grinspoon, Lester, and James Bakalar, *Cocaine: A Drug and Its Social Evolution* (New York: Basic Books, 1976).
- Grinspoon, Lester, and James Bakalar, *Marijuana: The Forbidden Medicine* (New Haven, CT: Yale University Press, 1993).
- Gusfield, Joseph R., *Symbolic Crusade: Status Politics and the American Temperance Movement*, 2nd Ed. (Urbana, IL: University of Illinois Press, 1986[1963]).
- Harrell, Adele, V., and George E. Peterson, Eds., *Drugs, Crime, and Social Isolation: Barriers to Urban Opportunity* (Washington, DC: Urban Institute Press, 1992).
- Himmelstein, Jerome, *The Strange Career of Marihuana* (Westport, CT: Greenwood, 1983).
- Kobler, John, *Ardent Spirits: The Rise and Fall of Prohibition* (New York: Putnam's, 1973).
- Levine, Harry G., "The Alcohol Problem in America: From Temperance to Alcoholism," *British Journal of Addiction* 79:109-119 (1984).
- Levine, Harry G., "The Birth of American Alcohol Control: Prohibition, Repeal, and the Power Elite," *Contemporary Drug Problems* 12:63-115 (1985).
- Levine, Harry G., "Prohibition, Alcohol Control, and the Problem of Lawlessness," pp. 151-159 in P. Park and W. Matverychuk, Eds., *Culture and the Politics of Drugs* (Dubuque, IA: Kendall Hunt, 1986).
- Lindesmith, Alfred R., *Opiate Addiction* (Evanston, IL: Principia Press, 1947).
- Lindesmith, Alfred R., *The Addict and the Law* (Bloomington: Indiana University Press, 1965).
- MacAndrew, Craig, and Robert Edgerton, *Drunken Comportment: A Social Explanation* (Chicago: Aldine, 1969).
- Morgan, Patricia, "The Legislation of Drug Law: Economic Crisis and Social Control," *Journal of Drug Issues* 8:53-62 (1978).
- Musto, David, *The American Disease: Origins of Narcotic Control* (New Haven, CT: Yale University Press, 1973).
- National Commission on Marijuana and Drug Abuse, *Marijuana: A Signal of Misunderstanding* (Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1972).
- National Research Council, *Analysis of Marijuana Policy: Report of the Committee on Substance Abuse and Habitual Behavior on Drug Policy* (Washington, DC: National Academy of Sciences, 1982).
- Ostrow, Ronald J., "Casual Drug Users Should Be Shot, Gates Says," *Los Angeles Times* (Sept. 6, 1990, p. A1).
- Reinarman, Craig, and Barbara Critchlow Leigh, "Culture, Cognition, and Disinhibition: Notes on Sexuality and Alcohol in the Age of AIDS," *Contemporary Drug Problems* 14:435-460 (1987).
- Robins, Lee N., *A Followup of Vietnam Drug Users*. White House Special Action Office Monograph, Series A, #1 (Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1973).
- Robins, Lee N., D. H. Davis, and D. W. Goodwin, "Drug Use in U.S. Army Enlisted Men in Vietnam: A Follow-up on Their Return Home," *American Journal of Epidemiology* 99:235-249 (1974).
- Room, Robin, and Gary Collins, Eds., *Alcohol and Disinhibition*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Research Monograph 12 (Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 1983).
- Rumbarger, John, *Profits, Power, and Prohibition* (Albany, NY: State University of New York Press, 1989).
- Waldorf, Dan, Martin Orlick, and Craig Reinarman, *Morphine Maintenance: The Shreveport Clinic, 1919-1923* (Washington, DC: The Drug Abuse Council, 1974).
- Zinberg, Norman E., *Drug, Set, and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use* (New Haven, CT: Yale University Press, 1984).

Crack in Context: America's Latest Demon Drug

Author

Craig Reinerman

PhD Professor Emeritus of Sociology and Legal Studies, University of California, Santa Cruz. E-mail: craigr@ucsc.edu

Harry G. Levine

PhD Professor of Sociology, Queens College and the Graduate Center, City University of New York. E-mail: hglevine@qc.edu

Summary

This chapter situates the American crack cocaine scare of the 1980s in the historical context of earlier drug scares and in the politics of the Reagan era. Like earlier drug scares, the crack scare was a moment of national hysteria that had more to do with racial and class inequalities than with a risky new means of ingesting an old drug. Fears of this new drug had much to do with underlying fears of a “dangerous class” of users -- fears that were carefully cultivated by politicians and the drug control industry for their own reasons.

Keywords

Crack, cocaine, drug use, abuse, addiction, race, crime, politics of drug policy.

Crack in Context: America's Latest Demon Drug ⁽²⁰⁾

Craig Reinerman and Harry G. Levine

In the spring of 1986, American politicians and news media began an extraordinary anti-drug frenzy. Newspapers, magazines and television networks regularly carried lurid stories about a new “epidemic” or “plague” of drug use, especially of crack cocaine. They said this “epidemic” was spreading rapidly from cities to the suburbs and was destroying American society. Politicians from both parties made increasingly strident calls for a “War on Drugs”. They even challenged each other to take urine tests to provide chemical proof of their moral purity. It is certainly true that the United States has real health and social problems that result from illegal and legal drug use. But it is certainly also true that the period from 1986 through 1992 was characterized by anti-drug extremism.

We use the term “drug scare” to designate periods when anti-drug crusades have achieved great prominence and legitimacy. Drug scares are phenomena in their own right, quite apart from drug use and drug problems. Drug scares have recurred throughout U.S. history independent of actual increases in drug use or drug problems. During “red scares,” like the McCarthy period in the 1950s, leftists were said to be

²⁰ Originally posted in *Crack In America: Demon Drugs and Social Justice*, University of California Press, 1997

serious threats to the American way of life. Similarly, during drug scares all kinds of social problems have been blamed on one chemical substance or another²¹. The period from 1986 to 1992 was in many ways the most intense drug scare of the 20th century. With few dissenting voices, politicians and the media embraced the Reagan administration metaphor “War on Drugs” and pronounced the “drug war” to be good social policy. At dead center of all the hysteria was “crack.”

Crack appeared in late 1984 and 1985 primarily in impoverished African-American and Latino inner-city neighborhoods in New York, Los Angeles, and Miami. Crack is smokeable cocaine. It gained its name from the “crackling” sound it makes when heated. It is easily produced in a pot on a kitchen stove by “cooking down” a mixture of powder cocaine, water and baking soda. Crack is typically sold in tiny vials or envelopes that cost between five and twenty dollars. Crack was not a new drug; its active ingredient is entirely cocaine. Nor was it a new way of using cocaine; smoking cocaine freebase had been practiced since the 1970s.

21 One reason for examining scares as phenomena in their own right is that they have not been limited to drugs and communists. For example, in 1920, there was a ouija board scare of several months duration which shared some characteristics with the crack scare. Newspapers spoke of “a wave of insanity” caused by ouija boards that had grown to “national prominence.” A typical front-page article in the San Francisco Chronicle read, “Breaking into a house at El Cerrito, ... police officers yesterday took into custody several persons who had become insane from playing with ouija boards.” It seems a 15 year-old girl had used the board to “induce unknown power” over the others (March 4, 1920, p. 1). Two days later in another raid, other “victims,” including a policeman, were found to have been transformed “from a state of normality to that of madness” under its influence of this parlor game. In a fit of what appeared to be super-human strength usually attributed to a drug, the policeman had “knocked down two guards,” escaped, hijacked a car, and “dashed into the Central National Bank in a nude condition” (San Francisco Chronicle, March 6, 1920, p. 1). Before the ouija board scare had run its course, many others had been arrested and jailed or committed to asylums, and “experts” held serious discussions about “abolishing ‘seances’” (San Francisco Examiner, March 7, 1920, p. 1). For excellent theoretical analyses of such scares, see Goode and Ben-Yehuda (1994).

Crack was a marketing innovation. It was a way of packaging a relatively expensive and upscale commodity (powder cocaine) in small, inexpensive units. So packaged, this form of smokable cocaine (crack) was then sold, usually on the street by young African-Americans and Latinos, to a whole new class of customers: residents of impoverished inner-city neighborhoods. The marketing innovation was successful for at least two reasons. First, there was a huge work force of unemployed young people ready to take jobs in the new, neighborhood-based business of crack preparation and sales. Working in the crack business offered these people better jobs, working conditions, and pay than any “straight” job they could get (and better than most entry-level criminal jobs such as burglary or stealing car radios)²². Second, the marketing innovation succeeded because turning powder cocaine into smokeable “crack” changed the way cocaine was consumed and thereby dramatically strengthened the character of cocaine intoxication. Smoking crack offered a very brief but very intense intoxication. This inexpensive and dramatic “high” was much better suited to the finances and interest in immediate escape of the inner-city poor than the more subtle and expensive effects of powder cocaine.

Cocaine in any form is a stimulant, much like amphetamine or even caffeine. When powder cocaine is sniffed in small doses (as it usually is), it makes one moderately alert and energized.

22 See, e.g., Fagan (1992) for a strong empirical study showing that the youth drawn into crack and other drug sales in “distressed neighborhoods” were not drawn away from legal employment into the crack economy. Rather, most were unemployed and lacked the “human capital” necessary to break into the legal labor market. Thus, for these youth, the drug world provided economic opportunity as well as recreation.

Thus the typical psychoactive effects of sniffing powder cocaine are subtle. Users report having to learn to recognize it (see, e.g., Waldorf et al. 1991). In the 1930s, Cole Porter wrote the line “I get no kick from cocaine” about powder cocaine.

Cole Porter would have gotten a kick from crack, but he probably would not have liked the experience very much. When cocaine is smoked, it enters the bloodstream quickly, providing a powerful rush. Crack is a strong, even harsh, drug. One experienced cocaine user said that after smoking ten dollars worth of it: “I was so high I was frightened -- and I don't frighten easily.... I wouldn't bother with it again²³.” Contrary to the media stories and drug war rhetoric, most of the people who have tried crack or smoked cocaine have not continued to use it. From its first appearance, crack has always been used heavily by the same population that has always used heroin heavily: the urban poor. Daily crack smoking, like daily heroin injecting, occurs mainly among the poorest, most marginalized people in American society -- and only among a small minority of them. In its most popular year, crack was used heavily by only a small percentage of even the people who used cocaine. Crack never became a popular or widely used drug in the United States, or anywhere else in the world.

This, however, is not the way the mass media and

politicians talked about crack from 1986 to 1992. Rather, crack was portrayed as the most contagiously addicting and destructive substance in what *Newsweek* called “a whole pharmacopeia of poisons.” Politicians and the media depicted crack and other illicit drugs as virulent diseases that were attacking American society. Beginning in 1986 and continuing into the early 1990s, major American institutions -- churches, schools, media, political organizations, voluntary groups, advertisers, foundations -- carried on what amounted to a huge national educational campaign about drugs in general and crack in particular. One might expect that, as a result of all this attention, Americans would be among the most knowledgeable people on earth about crack and other illicit drugs. But the campaign did not increase understanding because virtually all these institutions took up the tasks of promoting the policies of the War on Drugs and of single-mindedly and simple-mindedly demonizing illicit drug use. Rather than report the complicated truth, the media joined politicians in producing drug war propaganda. In so doing, reporters found “experts” who provided scary anti-drug sound bites and presented frightening, false generalizations as fact.

Consider some of the stories reported in six months in 1986, the first year of the crack scare. On March 17th, in a cover story called “Kids and Cocaine,” *Newsweek* quoted, without skepticism, a drug expert who announced that “crack is the most addictive drug known to man.” He also said that smoking crack produces “instantaneous addiction” (pp. 58-59). As a result, *Newsweek* asserted, crack “has transformed the ghetto” and

²³ It is important to note that the plague that struck Europe in the 14th century killed between one-quarter and one-half the entire population, or an estimated 75 million people. Crack, on the other hand, has been used by a tiny percentage of the U.S. population and has been arguably related to the deaths of a tiny fraction of these. Thus it was completely false to assert, as *Newsweek* and other media did, that the drug or crack “plague” was “as pervasive and dangerous in its way as the plagues of medieval times.”

“is rapidly spreading into the suburbs.” On March 20th, the *New York Times* explained (in a front-page story) that crack was spreading from the inner-city to “the wealthiest suburbs of Westchester county.” “It’s all over the place” said an official from the New Jersey Health Department. A month later the *Times* printed another front-page story about crack spreading from the city to suburbs. “If we don’t stop crack now, it will destroy our young people” said a politician from Westchester (4/27). On June 8th, the headline of yet another front page *Times* story announced that “Crack Addiction Spreads Among The Middle Class.” On the same day, another *Times* story reported that on the suburbs of Long Island “the use of crack has reached epidemic proportions (p.5).” On June 16th *Newsweek* published a full-page editorial titled “The Plague Among Us.” It began:

“An epidemic is abroad in America, as pervasive and dangerous in its way as the plagues of medieval times. Its source is the large and growing traffic in illegal drugs...a whole pharmacopeia of poisons.... [The epidemic] has taken lives, wrecked careers, broken homes, invaded schools, incited crimes, tainted businesses, toppled heroes, corrupted policemen and politicians.... [The epidemic] is a national scandal, and ... we seem powerless to stop it (p.18)²⁴.”

A week later the *New York Times* (June 29th) announced the “growing use of crack” in three suburban and rural counties

in New York. With neither evidence nor skepticism, the *Times* reported that in Westchester, Rockland and Sullivan counties the “per capita use of cocaine is the heaviest in the state.” On July 28th, *U.S. News and World Report* told readers that “illicit drugs pervade American life ... a situation that experts compare to medieval plagues -- ‘the No.1 problem we face’” (p.49). Two weeks later *Newsweek* reported that “nearly everyone now concedes that the plague is all but universal” (Aug. 11, p.19).

We still find these reports incredible. Could the writers and editors have been serious when they said that crack and other illicit drugs are “as pervasive and dangerous” as “the plagues of medieval times?” Or when they said that “the plague is all but universal?” Unfortunately, reporters and politicians made such statements without humor.

This was not hyperbole. Hyperbole is a rhetorical device employing exaggeration, and the audience is let in on the joke -- for example, saying the ice cream “is piled a mile-high.”

Statements that the drug plague is “all but universal,” that crack is “instantaneously addicting,” and that crack is “all over the place” in affluent suburbs, earnestly reported as fact what was actually fiction.

On occasion, the same newspaper, magazine or TV show that had consistently reported falsehoods did an article that contradicted its earlier accounts and told the truth. For example, in 1990, after years of reporting that crack is instantly addicting, *Newsweek* wrote: “Don’t tell the kids, but there’s a dirty little secret about crack; as with most other drugs, a lot of people use it without

24 Although we have drawn in particular on Zinberg’s theoretical formulation, we have also benefited greatly from many other scholars whose research on drugs fits within and has contributed to this perspective. They are too numerous to name, but we cite them throughout this book. Deserving of special mention in this regard is Zinberg’s Harvard Medical School colleague, Professor Lester Grinspoon, MD. See especially his book *Cocaine: A Drug and Its Social Evolution* (1976), co-authored with James Bakalar.

getting addicted. In their zeal to shield young people from the plague of drugs, the media and many drug educators have hyped instant and total addiction” (2/19/90:74-5). *Newsweek* did *not* tell readers that it had been among the first to have “hyped instant and total addiction” and to have quoted, without questioning, the “drug educators” who also did so. Similarly, in 1989, after being a crucial source for the news that in the suburbs crack use was “epidemic” and “all over the place,” The *New York Times* quietly noted that just the opposite was true. The *Times* reported that except for a few “urban pockets” in suburban counties, “educators, law enforcement officials, and young people say crack and most other narcotics are rarely seen in the suburbs, whether modest or wealthy.” Crack, the *Times* now said, “is confined mainly to poor urban neighborhoods” (10/7/89, p.26).

By and large, the media and politicians’ pronouncements about drugs spread exaggerations, misinformation, and simplistic theories of cause and effect. They taught bad pharmacology, bad sociology, bad criminology, bad urban anthropology and even bad history. During this time, some writers, journalists, commentators, TV and radio reports, news articles, and some whole publications, provided thoughtful and accurate information about drugs. But such good reports were vastly outnumbered by the misleading and false ones. This was not the first time the press, politicians and supposed medical and scientific “experts” in America have blamed an array of social problems on a drug and linked the drug with a “threatening” group. Indeed, American history has had more than its share of drug scares and anti-drug crusades.

Demon Drugs and Drug Scares in U. S. History

The first, largest, and most influential of all anti-drug crusades was the American temperance movement’s campaign against “demon” alcohol. Indeed, the modern history of concern about “drugs,” and of anti-drug crusades, begins in America in the late 18th century and early 19th century with the temperance movement’s battle against alcoholic drink. In effect, alcohol was “the first drug.” It was the first substance to be regarded as inherently and inevitably addicting (just as heroin and crack are viewed today). It was the first drug to be the focus of a mass movement which sought to eliminate its use and prohibit its production and sale. It was the first drug to be regarded as causing violence and crime. It was the first drug to be blamed -- scapegoated -- for problems whose complicated origins lay in broader political and economic conditions. Throughout the 19th century and into the 20th, the temperance or anti-alcohol movement claimed that alcoholic drink was responsible for most of the nation’s poverty, crime, violence, mental illness, moral degeneracy, “broken” families, and individual and business failure. Temperance was an eminently respectable, mainstream middle-class movement -- the largest enduring movement of the 19th century (Gusfield, 1963).

In the first two decades of the 20th century America’s new corporate elite increasingly joined with the middle-class supporters of temperance to create a new single-minded prohibitionist movement. Industrialization brought to American

ever growing numbers of working class and peasant immigrants with different cultural, religious, and drinking practices. The period between 1900 and 1920 was riddled with class, racial, cultural, and political conflict having little to do with drinking problems. As in the 19th century, alcohol was offered as a scapegoat; but, more than ever before, prohibition was offered as a panacea. Prohibitionists promised that a Constitutional amendment banning alcohol would eliminate social problems, empty prisons and asylums, lower taxes, and ensure permanent prosperity.

Many corporate supporters of prohibition argued that working-class drinking interfered with the rhythms of the modern factory and thus with productivity and profits. To earlier fears of the bar room as a breeding ground of immorality, prohibitionists added the idea of the saloon as alien and subversive. They argued that saloons were where unions organized, where socialists and anarchists found new recruits. For the corporate and political elite, and for much of the old business middle class and the new professional middle class, clamping down on drinking and saloons was part of a much broader strategy of social control -- a quest for "order" at a moment when industrialization was transforming American life (Timberlake, 1963; Gusfield 1986[1963]; Levine, 1984, 1985, 1986; Rumbarger, 1989). Prohibitionists proudly claimed that the passage of the 18th Amendment to the Constitution in 1919 was a blow against Bolshevism and anarchy and that it would usher in a kind of golden age. On January 16, 1920, the day before constitutional

prohibition went into effect, the evangelical preacher Billy Sunday articulated the utopian dream at the heart of temperance and prohibitionist ideology: "The rein of tears is over. The slums will soon be a memory. We will turn our prisons into factories and our jails into storehouses and corncribs. Men will walk upright now, women will smile and the children will laugh. Hell will be forever for rent" (in Kobler 1973, p.12).

Other demon drugs and drug scares have had similar roots and equally outrageous claims. The first law against opium smoking in the U.S. was much more the result of anti-Chinese agitation in California in the 1870s than it was of troublesome opium smoking. Chinese immigrants had been brought in as "coolies" to help build the railroad and work the mines. Some brought the practice of opium smoking with them. But when the railroad was completed and the gold ran out, recession set in. White workers found themselves competing with lower-paid Chinese workers for scarce jobs, and viewed the Chinese as an economic threat. The campaign against smoking opium (but not against other, non-Chinese uses of opiates) included lurid, fictional newspaper accusations of Chinese men drugging White women into sexual slavery. The law against opium smoking was only one of several repressive laws designed, at least in part, to control the Chinese and thus assuage the economic cum xenophobic anxieties of Whites (Musto, 1973; Morgan, 1978).

Broader political and racial issues were also factors in the first cocaine scare, which led to the first federal anti-drug law, the Harrison Act of 1914. Just as the crack scare blossomed

only after the practice of cocaine smoking spread to lower class, inner-city African Americans and Latinos, so did class and racial fears fuel the first cocaine scare. At the turn of the century, the opiate addict population was shifting from White, middle-class, middle-aged women to younger, working-class men and other “disreputable” groups (Duster, 1970). Sensationalistic press accounts linked drug use with Blacks, prostitutes, criminals and transient workers.

There was no evidence that African Americans used even as much cocaine as Whites (Musto, 1973), and the actual number of opiate addicts was probably diminishing when the Harrison Act was being debated. Nonetheless, White politicians used race to incite public reaction against opiates and cocaine, at least in part for political purposes. For example, in an effort to overcome the objections of southern Congressmen to a federal drug law that might infringe on “states’ rights,” anti-drug crusaders spread the myth that cocaine induced African American men to rape White women (Musto, 1973:6-10, 67-68). Some Southern sheriffs even switched from .32 to .38 caliber pistols because they claimed that their old guns could not stop the “cocaine-crazed” Negro. As Yale medical historian David Musto has shown, this first cocaine scare was not primarily a response to cocaine use or opiate addiction, or to any drug-related crime wave. Rather, says Musto, it was animated by “white alarm” about “black rebellion” against segregation and oppression (Musto, 1973:7).

Nearly a quarter century later, in 1937, Congress passed the Marijuana Tax Act. This first federal law against marijuana

was the result of a “reefer madness” scare orchestrated by the quintessential moral entrepreneur, Harry Anslinger, a former Treasury agent who had enforced alcohol Prohibition and who was appointed Chief of the Federal Bureau of Narcotics after repeal of Prohibition (Becker, 1963; Himmelstein, 1983). Before Anslinger began to paint marijuana as a great scourge, there was no evidence of widespread marijuana use, and almost no coverage of marijuana in the press or public agitation for a clamp down (Becker, 1963; Grinspoon and Bakalar, 1993:9). However, in the midst of the Great Depression, the Bureau had endured four straight years of budget cuts, and opiates and cocaine had already been outlawed (Dickson 1968). Anslinger circulated to newspapers and magazines across the nation alarming propaganda about how marijuana had caused a Texas hitchhiker to murder a motorist, a Florida youth to murder his entire family with an ax, and a West Virginia man to rape a nine year-old girl. In addition to stirring general fears about crime, Anslinger relied on specific racial fears with his claims that marijuana made Mexicans in particular violent. He then told policymakers and all others who would listen that the use of this “killer weed” was spreading among Anglo youth who would soon spread violence across society.

In the 1960s and 1970s a new generation of drug warriors made marijuana the focus of a much broader crusade -- not because it made users aggressive and violent but, in a curious way, because it didn't. These new crusaders did not view marijuana as the “killer weed,” but rather as the “drop-out drug” (see

Himmelstein, 1983). They claimed that marijuana was “causing” youth to lose the achievement ethic and to become unAmerican (for example, by opposing the war in Vietnam). In this case drug crusaders regarded marijuana as a threat not because it was used by a “dangerous class,” but because they believed it was turning an entire class of youth in a direction that dominant groups defined as “dangerous.” In contrast to Anslinger’s crusade thirty years earlier, this time there was substantial evidence of the widespread use of marijuana. However, virtually none of the claims about the horrid consequences of marijuana use were supported by evidence then or now (National Commission on Marijuana and Drug Abuse, 1972; National Research Council, 1982). Nor was evidence of ill-effects the real issue. Here, too, a drug provided a useful symbol in an essentially political conflict between cultures and generations.

The anti-crack frenzy of 1986 to 1992 was the latest in a long line of drug scares that were about more than drugs. In the next chapter we lay out the ingredients in the crack scare in more detail. Like other demon drugs, crack became a scapegoat -- it was blamed for a range of enduring and intensified urban problems that it may have exacerbated but did not cause.

More than Molecules: Set, Setting, and the Sociology of Drugs

We began this book with a critical historical overview of demon drugs and drug scares to show some of the similarities

between the crack scare and its predecessors. In the heat of the crack scare, policy makers, the media, and much of the public seemed to suffer from historical amnesia. For over a hundred years, U.S. drug policy has been forged by symbolic politics and special interests, by moral entrepreneurs and media magnification, and by efforts of dominant groups to control “threatening” others from different races and lower classes. These policies have not saved us from our drug-related problems. They have, however, pushed drug use into deviant subcultures and made users into criminals. They have added drug *policy*-related problems to our drug-related problems by creating a harm-maximizing context for drug use. In this book, we argue that this criminalized context has influenced how illicit drugs are used, by whom, what their effects are taken to mean, and to a significant degree even their behavioral consequences.

The idea that the social context of drug use has helped create our drug problems is heretical, but it is heretical largely because discourse about drugs in American culture is dominated by what we call *pharmacological determinism*. One cumulative consequence of our anti-drug crusades and punitive policies has been a thoroughgoing demonization of drugs. This demonization invests the substances themselves with more power than they actually have. Citizens and scientists alike have been inculcated with the notion that illicit drugs are inherently dangerous like contagious diseases. But drugs, unlike viruses, are not active agents; they are inert substances. They do not jump out of their containers and into people’s bodies without the people in

those bodies actively deciding to ingest them. Many Americans understand that drug abuse is more likely among some types of people and under some conditions than others. Yet, because of our history, American culture lacks a vocabulary with which people can speak about drugs in this more complicated, qualified way.

There is another way of thinking and talking about drugs that reveals more than malevolent molecules “causing” bad behavior. This perspective focuses on the psychological, sociological, and cultural factors shaping users’ motives, experiences, and behaviors. Certainly pharmacology matters a great deal; crack is profoundly different than alcohol. But the pharmacological properties of a drug do not by themselves determine even a drug’s effects, much less the behaviors that sometimes accompany those effects.

This perspective was most clearly formulated by the late Norman E. Zinberg, Professor of Psychiatry at Harvard Medical School. The basic premise of this theory of drug effects is that in addition to the interaction between the molecules of the substance and the cells of the human body, drug effects are shaped by *the psychological mind set of the user* -- his or her expectations, mood, mental health, purposes, and personality -- and by the *social setting of use* -- the characteristics of the situation of use, the social conditions that shape such situations and impinge upon the users, and the historically- and culturally-specific meanings and motives used to interpret drug effects. All of us who contributed to this book have found that to understand

crack and other drugs, we needed to employ this theoretical perspective.

In his book, *Drug, Set, and Setting* (1984), Zinberg wrote that after years of clinical and historical research on drug abuse and treatment, he had become convinced that “in order to understand how and why certain users had lost control,” he “would have to tackle the all-important question of how and why many others had managed to achieve control and maintain it” (1984:vii). Zinberg began to develop his theory in 1968 when he was on a Guggenheim Fellowship in Britain observing their heroin maintenance system, in which addicts were prescribed heroin by their doctors or special clinics. He found many addicts who functioned successfully and lived quite normal lives. He also found others who did not function well, but, unlike many American “junkies,” even they were not engaging in crime or creating problems for anyone but themselves. Zinberg “came to understand that the differences between British and American addicts were attributable to their different social settings -- that is, to the differing social and legal attitudes toward heroin in the two countries” (1984:x).

Dr. Zinberg also learned about the importance of set and setting in shaping the nature and consequences of drug use shortly after his return to the U.S. There was a new “terror” about a “heroin epidemic” coming from all the soldiers who used heroin in had come to use it in Vietnam. As a consultant to the U.S. Army, Zinberg visited Vietnam, studied the soldiers, and hypothesized that their heroin use was in part attributable

to the social setting of a “destructive war environment” (1984:x).

The Army’s generals rejected this understanding, but path-breaking follow-up research on Vietnam veterans by Dr. Lee Robins demonstrated that nearly nine in ten of those who had been addicted to heroin in Vietnam had *not* become re-addicted three years after returning to the U.S. (Robins, 1973; Robins et al., 1974). This was a landmark study because until that time drug researchers and heroin addicts alike had believed “once a junkie, always a junkie.” Professor Zinberg went on to do further research on controlled heroin users that supported Robins’ finding that heroin use did not inevitably lead to addiction and that showed the significance of psychological set and social setting in explaining why some become addicts while others remain controlled users.

Zinberg deserves credit for articulating the “drug, set, and setting” model, especially at a time when scientists and funding agencies were hostile to it, but he was not the only one to discover the importance of set and setting. Many other scholars also contributed to a more social-scientific understanding of drug use and abuse²⁵. In 1947, Alfred R. Lindesmith discovered the crucial cognitive element in heroin addiction. His depth interviews with addicts about their drug careers showed that they became addicted *only after* they experienced withdrawal

25 Although we have drawn in particular on Zinberg’s theoretical formulation, we have also benefited greatly from many other scholars whose research on drugs fits within and has contributed to this perspective. They are too numerous to name, but we cite them throughout this book. Deserving of special mention in this regard is Zinberg’s Harvard Medical School colleague, Professor Lester Grinspoon, MD. See especially his book *Cocaine: A Drug and Its Social Evolution* (1976), co-authored with James Bakalar.

symptoms, recognized them as such, and then decided to ingest more heroin to relieve them. Without this shift in mind set, heroin use alone did not always result in addiction.

Another early contributor to this perspective was Howard S. Becker. His classic text on deviant behavior, *Outsiders* (1963), contains two sections on marijuana that call analytic attention to socio-historical, cultural, and social-psychological variables. “Becoming a Marijuana User,” first published in a scholarly journal in 1953, followed Lindesmith’s lead. Becker analyzed life history interviews with marijuana users and found that the marijuana high was not merely a reflex response of the human body and mind to the active ingredients in marijuana smoke. Rather, the high was *learned* in interaction with knowledgeable smokers. To be able to experience marijuana intoxication, neophyte users first had to learn how to smoke so that the active ingredients would be ingested, then to recognize the initially ambiguous effects, and finally to interpret these as pleasurable. Only after people had taken all three of these steps successfully could they decide to become a “marijuana user.” Becker’s second piece explained how the construction of new rules and norms creates deviance. He traced how a “moral entrepreneur” orchestrated a crusade to criminalize marijuana in the 1930s. By redefining marijuana as “the killer weed,” criminalization changed the broad setting in which marijuana was understood and used thereafter.

A few years later Becker (1967) published a study of LSD-induced “psychotic episodes” which even more powerfully demonstrated the importance of set and setting. He drew upon

the history of drugs to predict -- accurately -- that as more people tried LSD, there would be a lower rather than a higher incidence of “bad trips.” Becker theorized that drugs produce a variety of effects, some of which can seem subjectively frightening, but that with experience users learn to focus on the positive or desired effects and not on others. This learning would occur because the number of experienced users would grow over time and a user culture would develop in which positive interpretations of the drug’s effects would spread. As users came to learn and to teach each other what to expect from a drug, how to use it so as to minimize risks, etc., the drug-induced experience would be interpreted as positive rather than “going crazy.” And so it was²⁶.

Two years after Becker’s article on LSD, the theory that drug effects had to do with learning and culture rather than just pharmacology received a major boost, this time from anthropological research on a legal drug. MacAndrew and Edgerton’s (1969) classic study of drunken comportment across different cultures found that alcohol’s effects on human behavior are highly independent of its effects on human physiology. Although drinking substantial quantities of alcohol always and everywhere eventually produces altered states of consciousness, the behavior of people in such states varies markedly according to the “limits” specific to each culture. In some cultures alcohol use leads to aggression and sexual arousal, in other cultures to

one but not the other, and in still different societies to neither. Americans tend to attribute much violent crime to alcohol use, but many other cultures do not. Despite the strong association between drinking and crime in the U.S., other societies have higher alcohol consumption and far less violent crime. Through MacAndrew and Edgerton’s cross-cultural lens, one can see that the link between drinking and crime has more to do with American culture (setting) and character (set) than alcohol’s direct chemical effects on the human organism.

The causal significance of set and setting also has since been demonstrated in a variety of laboratory experiments on the effects of alcohol. These showed that the mere *belief* that alcohol has been ingested is sufficient for the experience of altered consciousness and behavior culturally associated with drinking. These experiments have demonstrated that when people believe they have ingested alcohol (even when they have really ingested a placebo), they exhibit higher levels of sociability, aggression, or sexual arousal. Conversely, people who ingest real alcohol believing it to be a placebo often exhibit no behavioral change at all (see Critchlow, 1986; and Reinerman and Leigh, 1987, for reviews of this literature). This point was nicely summarized by Robin Room in his introduction to *Drinking and Disinhibition*, a research monograph published by the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism:

In recent years evidence has been building up from a number of disciplinary areas to suggest that the link between alcohol and disinhibition is a matter of cultural belief rather than of pharmacological action. Alcohol

26 Bunce (1982) subsequently tested Becker’s prediction with data on the prevalence of “bad trips” on LSD and found it correct. Bunce also added the useful insight that the extraordinarily conflicting accounts of LSD’s effects (e.g., insanity producing vs. mind expanding) helped create a cultural setting and psychological sets that increased the likelihood of such “bad trips.”

is certainly a psychoactive drug; we feel different when drunk than when sober. But how we interpret those feelings, and in particular how we act on them, is largely determined by culture and circumstance; thus what is pharmacologically the same drug can make us aggressive or passive, ebullient or morose, frenetic or immobile. In this view, psychoactivity does not determine whether behavior is disinhibited or controlled: it simply provides an empty vessel of altered consciousness for culture, circumstance, and personality to load with meanings and explanations (Room and Collins, 1983:v-vi).

One need not resort to rigorous laboratory experiments to understand the influence of set and setting on drug effects. With respect to users' psychological sets, for example, our students report that at their "keggers" or beer parties everyone gets high on the same beer, but a few people end up dancing on table tops, one or two others might quietly cry in the corner, and most just dance, talk and flirt. With respect to the social settings of use, most people have noticed that two drinks at a New Year's Eve party have very different effects than the same two drinks at a relative's wake. Most people understand from their own everyday experience that the felt effects and behavioral consequences of a drug vary according to how users' psychological sets interact with the social settings of their drug use. Drinking by a factory worker happy to be at the local bar at five o'clock after a hard shift is quite different in motivation and effect from that of a bored, alienated sixteen year old high school drop-out using malt liquor to get through the day. But because of America's long history of drug demonization and pharmacological determinism,

public debate and policy does not usually consider the social and psychological effects of class, of social and economic conditions, and of drug policy itself.

In the case of crack cocaine, the most important psychological sets and social settings are the ones shaped by poverty, racism, and the range of other human troubles that flow from them. We do not mean by this that cocaine smoking has not occurred among the white and the affluent; indeed, the forerunner of crack, freebasing, first became widely known because it was associated with rock stars and Hollywood celebrities. As we note in chapter 4, there is no doubt that there was considerable experimentation with and even some heavy use of crack and freebase by some white affluent suburbanites in the 1980s. In this book we emphasize the distinctive minds sets and settings of the inner city poor because heavy crack use has been highly concentrated among and most consequential for them. Further, it was the use and sales of crack by young, urban African-Americans and Latinos that animated the crack scare and much of the drug war's imagery.

All forms of licit and illicit drug use, abuse, and addiction can be found in all classes, races, and regions. The sociology of set and setting is just as important for understanding why white youth find in LSD an antidote to suburbia's spiritual impoverishment, why stressed-out affluent professionals savor an MDMA or "ecstasy" trip as if it were a chemically-induced Club Med weekend, and why so many American men of all classes and races assault or batter women after drinking alcohol. But whatever constellations

of sets and settings shape drug use among the broad middle strata of the U.S. population, these people tend to be employed and ensconced in lives that anchor them in the conventional order. Middle class people whose lives become too difficult often have psychiatrists who prescribe them anti-depressants like Prozac. When middle-class Americans become addicted, they have many more resources to use to pull themselves out of trouble and many more opportunities to make a successful life. When some middle-class Americans began having trouble with cocaine freebase in the early 1980s, for example, treatment industry entrepreneurs expanded their services to help them stabilize their lives.

By contrast, the inner city poor and working class are far less often employed and more often live at the margins of the conventional order. When their lives become too difficult, they rarely have psychiatrists, but they sometimes self-medicate, escape, or seek moments of intense euphoria with what might be called anti-*despondents*, such as crack. When some of them became addicted, they had far fewer resources to use to pull themselves out of trouble and far fewer opportunities to make a successful life (Harrell and Peterson, 1992). And when some of the inner-city poor began having trouble with crack, a drug war was declared which demonstrably did not help them stabilize their lives.

We have sketched this alternative theoretical framework because the drug war rhetoric and scare stories of politicians and the media have consistently attributed devastating consequences

to crack, as if these consequences flowed directly from its molecular structure. Such rhetoric squeezes out of public discourse any serious consideration of the social, cultural, economic, and psychological variables that are essential for understanding drug use and its behavioral consequences. If we are to forge more effective and humane responses to our drug problems, then we must move beyond demonization and pharmacological determinism. What we have called the drug, set, and setting perspective is the best theoretical sensibility we have found for this difficult task and it informs each of the chapters in this book.

From the beginning we, as editors, regarded this book as a kind of expert commission report in which a number of authorities bring their varied expertise to bear on a social problem. Understanding all the issues raised by the crack crisis was beyond any one or two individual scientists. There is simply too much to know, too much research to be done. A single book covering crack in America might be possible after a volume like this one, we believed, but not before. We designed this book to have a thematic and conceptual unity that is uncommon in edited collections. This is in large part because we and so many of our fellow contributors have worked out our ideas together over the years, shared leads and findings, tested hunches, and arrived at the sociological understanding of drugs outlined above. As a result, all the contributors understand the central role played by poverty and racism in shaping the sets and settings that created the crack crisis.

A fabricação do vício

Autor

Henrique Soares Carneiro

Historiador, bacharel, mestre e doutor em História Social pela USP. Realizou estágios acadêmicos na França e na Rússia. Foi durante cinco anos (1998–2003) professor na UFOP (Universidade Federal de Ouro Preto). Atualmente é professor na cadeira de História Moderna no Departamento de História da USP (Universidade de São Paulo). Publicou seis livros e diversos artigos para jornais e revistas acadêmicas. Sua linha de pesquisa atual aborda a história da alimentação, das drogas e das bebidas alcoólicas. Email: henricarneiro@uol.com.br

Sumário

O conceito de vício, como uso ou abuso compulsivo de certos hábitos, especialmente as ingestões corporais e as práticas sexuais, evoluiu historicamente numa trajetória de valoração e juízo moral das condutas no campo médico, assumindo significações de controle comportamental segundo pressupostos determinados por razões religiosas ou de produtivismo industrial, mais do que de uma efetiva nosologia psicopatológica. A psicanálise transformou as noções de uma origem orgânica da compulsão numa interpretação ligada à noção do desejo, nomeado como libido, cujas patologias assumem uma sintomatologia psicossomática. O artigo desenvolve uma análise do conceito de alterações de consciência como uma parte da vivência humana, que remete, na modernidade, a uma analogia com as noções da loucura e do sonho, sendo assumidas pelo romantismo literário e poético como uma via de autoconhecimento. Mais tarde, a noção de toxicomania se apoiará no tripé perversão-hereditariedade-degenerescência para servir a um propósito eugenista de controle social e racial das populações conforme uma teoria da degenerescência que justificou o advento das políticas proibicionistas contemporâneas.

Palavras-chave

Vício, drogas, dependência, toxicomania, compulsão, perversão, eugenia, degenerescência, proibicionismo.

A fabricação do vício²⁷

Prof. Dr. Henrique Carneiro

“A virtude é quando se tem a dor seguida do prazer; o vício, é quando se tem o prazer seguido da dor”

Margaret Mead²⁸

“Assim como o direito veda ao poder humano invadir-nos a consciência, assim lhe veda transpor-nos a epiderme. Uma, envolve a região moral do pensamento. A outra, a região fisiológica do organismo. Dessas duas regiões se forma o domínio impenetrável da nossa personalidade”

Rui Barbosa (1904)²⁹

A história de certos conceitos médicos é essencialmente política, ou seja, ligada ao poder e aos interesses materiais de instituições, classes, camadas e grupos sociais³⁰. Talvez o conceito médico mais controverso do último século e meio seja o de “dependência” de drogas. Este é o termo hoje adotado como o mais indicado, de acordo a uma nomenclatura normatizada internacionalmente pela OMS, mas antes dele houve outros termos análogos e igualmente oficiais em suas épocas, tais como “adição”, “hábito”, “transtornos da vontade”, “insanidade moral”.

A construção política dos conceitos conecta o Estado e a

²⁷ Parte deste texto foi apresentado na conferência: “A construção do vício como doença: o consumo de drogas e a medicina”, no XIII Encontro Regional de História (Anpuh-MG), em 15/07/02, em Belo Horizonte, e sua primeira publicação foi no site do NEIP, em 2002, em <http://neip.info/textos/>

²⁸ Apud Jean-Didier Vincent, 1986 : 199.

²⁹ Apud Myriam B. Lopes, 2001 : 57.

³⁰ Thomas Szasz (1974) foi um dos primeiros a apresentar uma crítica política à instituição da medicina e a denunciar o controle das drogas como farmacocracia. Ivan Illich, com A expropriação da saúde. Nêmesis da Medicina, (1975) além de um tronco francês que vem de G. Canguilhem, F. Dagognet até M. Foucault, entre outros, são também referências básicas.

Medicina, pois a “história social da linguagem é basicamente uma questão de poder” (Burke, 1987). Existem conceitos investidos de alto poder simbólico, conceitos “tótems”, como escreve Berridge (1994). A demonização do “drogado” e a construção de um significado suposto para o conceito “droga” alcança na época contemporânea um auge inédito. Um fantasma ronda o mundo, o fantasma da droga, alçado à condição de pior dos flagelos da humanidade.

Afinal, o que é a dependência de drogas? Hábito, vício, necessidade, desejo, vontade. Na definição atualmente aceita, o “abuso” se distinguiria do “uso” por produzir um quadro de tolerância, síndrome de abstinência, compulsividade, desestruturação da vida pessoal e persistência no consumo apesar dos efeitos nocivos³¹.

O surgimento deste conceito, assim como deste personagem, é simultâneo de uma série de outros, como o “homossexual”, o “alienado”, o “erotômano” ou “ninfomaníaca”, o “onanista”. Antes desse momento impreciso, que toma seus contornos no início do século XIX, beber demasiado não era uma doença. No máximo, uma prova de mau caráter ou de falta de auto-controle. A embriaguez não suprimia a vontade, aliás, não se distinguia entre desejo e vontade de beber, não havia um vocabulário que expressasse a existência de uma compulsão, de uma escravidão à bebida ou alguma outra droga. As exceções são alguns relatos sobre o uso do ópio no Oriente no século XVI

e, a partir do século XVIII, os primeiros autores (J. JONES, 1701; LETTSON, 1787; S. CRUMPE, 1793) que passam a descrever “uma perda de controle voluntária do hábito”, que será mais tarde chamada de “abuso” (BERRIDGE, 1994). Mas acima de tudo, o uso do álcool e outras drogas era visto como uma prática condenável em muitos aspectos, e virtuosa em outros, mas jamais como uma doença.

A doença do vício será uma construção do século XIX. A concepção da embriaguez como doença pode ser datada de 1804, quando Thomas Trotter publicou o *Essay Medical Philosophical and Chemical on Drunkenness*, que seria considerado um marco na “descoberta” (ou na criação?) de uma nova entidade nosográfica na medicina. Para Trotter, o hábito da embriaguez seria “uma doença da mente”.

Benjamin Rush, nos Estados Unidos, já em 1791, relacionara alcoolismo e masturbação como “transtornos da vontade”, desencadeando contra ambos uma campanha médica e psiquiátrica. Na França, Esquirol tipificou a ebriedade como “monomania” e “insanidade moral com paralisia da vontade”.

Em 1819, Carl von Bruhl-Cramer cunhou o termo “dipsomania” para referir-se ao alcoolismo como uma doença do sistema nervoso. Legrain e Morel sintetizaram o pensamento médico predominante de sua época ao definir a adição alcoólica dentro de uma teoria da degeneração hereditária.

O estudo pioneiro de Moreau de Tours sobre o haxixe, publicado em 1845, representou um marco na tendência de fazer da droga, como escreve Jésus Santiago, “um meio poderoso e único de

31 Tais pressupostos estão presentes no DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) da Associação Psiquiátrica norte-americana e no CID-10 (Código Internacional de Doenças da OMS), vide Silvia de Oliveira Santos Cazenave, “Toxicologia Geral das Substâncias de Abuso”, in Seibel & Toscano (2001 : 37).

exploração em matéria de patogenia mental”, através de um método introspectivo baseado no princípio epistêmico da observação interior experimental. Nesse momento, a toxicomania está sendo constituída e isolada como uma entidade clínica autônoma. Em Esquirol (*Des maladies mentales*, 1838) conceitua-se a “monomania instintiva”, como “um ímpeto irresistível”. Emmanuel Régis (*Précis de psychiatrie*, 1885), para Santiago, certamente um dos primeiros a usar o termo “toxicomania”, escreve que as tendências impulsivas devem se aplicar à solicitação motriz involuntária em direção a um ato, como uma “apetência doentia”.

A década de 1870-9 foi quando “descobriu-se” a capacidade aditiva da morfina. Em 1878, Levinstein publicou “O desejo mórbido pela Morfina” e, em 1884, Kerr referia-se ao vício em drogas como “produto natural de uma organização nervosa depravada, debilitada ou defeituosa (...) indiscutivelmente uma doença, assim como a gota, a epilepsia, ou a insanidade” (apud Berridge, 1994). Nesse mesmo ano, foi fundada em Londres a Society for the Study of Inebriety.

Ao longo do século XIX, a teorização médica sobre a natureza dos efeitos e do uso das drogas acompanhou-se do isolamento químico de drogas puras (morfina, 1805; codeína, 1832; atropina, 1833; cafeína, 1860; heroína, 1874; mesalina, 1888) o que permitiu precisão de dosificação, facilitando a atividade experimental controlada.

Todo este período foi de uma escalada crescente na intervenção do Estado sobre a disciplinarização dos corpos, a medicalização das populações, recenseadas estatisticamente

de acordo aos modelos epidemiológicos para os objetivos da eugenia social e racial, a “higiene social” e a “profilaxia moral”, ou seja, tentativas de evitar a deterioração racial supostamente causada pelos degenerados hereditários, entre os quais se incluíam com lugar de destaque os viciados e bêbados. Assim como se buscava, à essa época, a erradicação das doenças contagiosas, com o estabelecimento de medidas como quarentenas e notificação compulsória dos doentes (*Disease Act*, em 1889, na Inglaterra), também planejou-se uma campanha de aniquilação do vício, que desaguou no massivo movimento pela temperança, nos Estados Unidos. O controle epidemiológico impunha-se para um comportamento socialmente infeccioso como o alcoolismo. Também as mulheres e a maternidade eram alvos especiais pois os nascimentos deveriam ser regulados evitando-se os riscos de procriação de filhos de bêbados, homossexuais, viciados, loucos, etc. Assistia-se o nascimento pleno do bio-poder.

Como enfatiza Virginia Berridge (1994 : 17), a novidade no século XIX não são os conceitos de vício, dependência ou embriaguez, já existentes, mas a “conjunção de forças políticas, culturais e sociais que deu hegemonia a esses conceitos”.

A adoção de uma teoria orgânica da doença para explicar os comportamentos de uso imoderado de drogas correspondeu ao clima geral de uma época em que “as teorias da doença foram colocadas dentro da tradição clínica e individualista da medicina como parte da revolução bacteriológica, e em contraste com a abordagem do ambientalismo e da reforma social e sanitária da saúde pública” (Berridge, 1994). A ontologização do mal,

a construção da nosologia como um jardim das espécies e a busca filatelista de coleções nosográficas levaram à construção de mais uma entidade: a adição, e suas vítimas, os aditos. Tal foi o modelo orgânico e hereditário que identificou e circunscreveu as fronteiras do vício.

Esse termo, entretanto, só tornar-se-á consensual após o século XX, quando o modelo orgânico da doença for superado por um modelo psicológico. William Collis, a partir de 1919, recusou o modelo orgânico e passou a defender a noção de “doença da vontade”. O alcoolismo provoca doenças orgânicas mas não é uma doença orgânica, portanto Collis propôs “adição” para a doença da vontade. O termo adição (*addiction*, em inglês) deriva da palavra latina que designava, na Roma antiga, o cidadão livre que fora reduzido à escravidão por dívidas não pagas.

Nesse mesmo período, o advento da medicina psicológica ocorria devido ao tratamento da neurose de guerra, durante e depois da Primeira Guerra Mundial. Não apenas a psicanálise como outras correntes, como o comportamentalismo (behaviorismo) ampliavam sua influência.

Os hábitos, por sua vez, também se expandiam, tornando-se alguns dos mais rendosos ramos do comércio mundial. Tabaco, opiáceos, café, chá, chocolate, mate, coca, cola seduziam as populações mundiais. A indústria química e farmacêutica, especialmente na Alemanha, isolava e produzia princípios ativos de plantas. Nascia o grande século das drogas, o século XX.

As drogas são um dos arquétipos culturais mais fortemente presentes no espírito da nossa época. O significado econômico de

um consumo massivo e as formas políticas do seu controle - como o regime do proibicionismo, adotado como “lei seca” de 1920 a 1934 nos Estados Unidos em relação ao álcool e hoje estendido a uma escala mundial com a “guerra contra as drogas” - são alguns dos aspectos mais relevantes do fenômeno contemporâneo das drogas. Mas além disso, as drogas impregnam o imaginário do século XX com a marca ambivalente de uma passagem para o paraíso através da felicidade em pílulas e, ao mesmo tempo, de um paradigma do vício, da escravização extrema a uma mercadoria.

A ciência da farmacologia vem tornando disponíveis para a humanidade recursos técnicos para a produção de estados de consciência alterada, ou, em outras palavras, técnicas para a intervenção planejada sobre a subjetividade, com o poder de produzir mecanismos mentais específicos, como determinados estados de humor, de prazer, de excitação de capacidades sensoriais, perceptivas, intelectivas, cognitivas, mnemônicas e emocionais. Há um duplo potencial despertado pelas novas tecnologias produtoras de subjetividades auto-programáveis: de um lado, a utopia reacionária do controle do pensamento pelo Estado; de outro, a utopia da libertação e emancipação do espírito através da farmácia: a revolução psicodélica. No primeiro caso, os estados de consciência são legislados e policiados pelo Estado, que reprime e controla populações nos seus hábitos íntimos e cotidianos estabelecendo um sistema de terror e altos investimentos, no segundo, a liberdade de auto-determinação da subjetividade amplia-se na mesma medida que a autonomia do espírito para interferir quimicamente em seu funcionamento.

Freud foi um dos primeiros a teorizar sobre o papel das drogas na economia da libido, identificando-as como o mais eficaz mecanismo de obtenção do prazer e de afastamento da dor. “O serviço prestado pelos veículos intoxicantes na luta pela felicidade e no afastamento da desgraça é tão altamente apreciado como um benefício, que tanto indivíduos quanto povos lhes concederam um lugar permanente na economia de sua libido”³².

Desde os primórdios da elaboração da teoria da libido que Freud buscou integrá-la aos fundamentos das ciências naturais de sua época, considerando a libido como uma forma de energia que se submeteria às leis da termodinâmica e que possuiria um substrato bioquímico. A chamada “hipótese substancialista da libido” admitia a existência suposta de uma “toxina sexual”. A ambição de Freud residia, nas palavras de J. Santiago, na tentativa de inaugurar uma termodinâmica da satisfação, uma cifragem do gozo, explicitada numa carta à Karl Abraham, em 1908, em que afirmava que: “o filtro de Soma contém certamente a intuição mais importante, isto é, que todas nossas beberagens inebriantes e nossos alcalóides excitantes são somente o ‘substituto da toxina única, da libido ainda a ser pesquisada’, que a embriaguez do amor produz”³³.

Em Freud, não existe a categoria clínica da toxicomania, o uso de drogas sendo visto como uma “técnica vital” para a evitação do sofrimento e a busca do prazer.

Após Freud, entretanto, a toxicomania torna-se uma

categoria clínica autônoma na psicanálise, que a relaciona com a sexualidade. Karl Abraham, Sándor Ferenczi, Alfred Gross e Sándor Rado elaboraram uma “teoria geral da toxicomania” como uma “patologia da regressão libidinal”, com uma importância etiológica do erotismo oral e em relação estreita com a homossexualidade. A droga ou o álcool destruiriam as sublimações, desgenitalizariam a libido e promoveriam um “curto-circuito” no sujeito desejante, que mergulharia numa desordem de tipo narcísica, com a busca de uma prazer auto-erótico, cujo extremo levaria a uma ruptura com o Outro e a um prazer solitário e autista³⁴.

Michel Foucault elaborou a noção de dispositivo, para referir-se à organização social do sexo, instituído pelos poderes. As drogas, como arsenais de substâncias produtoras de prazeres e sensações específicas, também foram submetidas historicamente a um dispositivo de normatização. Duas são as principais intervenções do biopoder: sobre os corpos e o regime químico das mentes, o controle do sexo e o controle farmacológico. Assistimos ao nascimento de um novo racismo que, além de biológico, assume contornos biopolíticos, na estigmatização demonizante dos consumidores de drogas do final do século XX e inícios do XXI.

O controle estatal sobre os comportamentos intensificou-se no século XX com a constituição de uma ampla rede de poderes ligados à vida cotidiana. A definição de vício perpassou a formação dessa rede institucional baseada sobretudo no estamento

32 S. Freud, O mal-estar na civilização, 1978 : 142.

33 Apud Jésus Santiago, 2001 : 90.

34 Vide Jésus Santiago, op. Cit.

médico, mais tarde, no “poder psi”, vasta esfera de psicólogos, terapeutas, assessores de empresas, publicitários, pesquisadores de mercado, etc., que se imiscuíram na família, na escola, nas empresas e nos quartéis para assegurar a eficácia científica das técnicas de controle³⁵. Tais “tecnologias sociais” tornaram-se teorias da propaganda e, no que se refere às drogas, serviram tanto para incentivar a sobriedade como para condicionar o consumo compulsivo.

Um exemplo marcante da relação destes “engenheiros do comportamento” com a prática de dependências químicas socialmente estimuladas foi o de John B. Watson (1878-1958), fundador da escola do behaviorismo na psicologia norte-americana e que, após desenvolver suas teorias comportamentais na Johns Hopkins, tornou-se publicitário e passou a trabalhar para a campanha dos cigarros Lucky Strike, sendo autor do slogan “Pegue um Lucky Strike ao invés de um doce”, que teria ajudado na popularização dos cigarros, especialmente entre o público feminino (Wertheimer, 1978 : 153).

Um outro exemplo marcante da relação dos vícios oficiais com a ordem cultural contemporânea foi o do milionário James B. Duke que, ao morrer, em 1925, deixou não apenas sua filha única, Doris Duke, conhecida então como a “menina mais rica do mundo”, como uma doação de 4 milhões de dólares, para o Trinity College, em Durham, Carolina do Norte, com a condição de que mudasse o nome para Duke University. A fortuna da família Duke veio da exploração comercial do tabaco,

desde 1881 e, mais tarde, com a American Tobacco Company (ATC), que na passagem do século, controlava a maior parte dos cigarros fabricados nos Estados Unidos e estendia o seu truste para o mundo³⁶. Que universidades importantes, como a Duke University, sejam produto do capital da indústria do tabaco é não apenas um sintoma da importância desta droga na ascensão econômica dos Estados Unidos, como da legitimidade cultural de certos comportamentos viciosos e compulsivos na sociedade capitalista contemporânea.

O consumo de tabaco e álcool, assim como das drogas legais e ilegais em geral, passou a ser objeto de uma forte intervenção reguladora estatal desde o início do século XX, que redundou em tratados internacionais, legislações específicas, aparatos policiais e numa consequente hipertrofia do preço e do lucro do comércio de drogas. Ao mesmo tempo, desenvolveu-se um imenso aparato de observação, intervenção e regulação dos hábitos cotidianos das populações. O dispositivo das políticas sexuais e raciais se constituiu como um dos fundamentos da luta ideológica no início do século XX. O controle dos hábitos populares tornou-se objeto de corpos policiais, estamentos médicos, psicólogos industriais, administradores científicos. O taylorismo e o fordismo foram concomitantes aos mecanismos puritanos da Lei Seca, e a discriminação racial de imigrantes serviu de pretexto para a estigmatização do ópio chinês e da marijuana mexicana nos Estados Unidos.

36 A lei anti-truste de 1911 obrigou a sua divisão em três empresas (American Tobacco, Reynolds e Liggett and Myers). Na França e na Espanha os monopólios tabacalheiros foram estatais (Stubbs, 1989 : 7/8).

35 Vide Christopher Lasch, 1991.

Um dos núcleos da atividade normatizadora da medicina sobre os hábitos foi a campanha contra a masturbação desencadeada desde o final do século XVIII e intensificada no XIX. O comportamento central atacado como paradigma do vício, da tentação, da perda do controle de si para si mesmo, foi a masturbação, especialmente a infanto-juvenil. Uma das matrizes das noções de intervenção médica e estatal sobre o controle do corpo parte das campanhas contra a masturbação. O médico mais representativo da medicina que diagnostica no erotismo a pior das doenças foi o suíço Dr. Simon-André Tissot, cujo livro *Tentamen de morbis ex manustupration ortis*, (Louvain, 1760), tornou-se a referência oficial da opinião médica e pedagógica que identificava na masturbação a pior e a mais perigosa causa das doenças e dos óbitos.

Tissot condenava, além da masturbação, toda prática que incorresse na imobilidade do corpo e na excitação da imaginação, como a leitura contínua, por exemplo. A denúncia médica da leitura incluiu-se na crítica geral à prática solitárias, e a medicina buscou infiltrar-se cada vez mais em todos os interstícios da subjetividade. O auto-erotismo, o vício solitário, é apresentado como inimigo da espécie, pois, como no crime de Onã, o sêmen é desperdiçado, e além disso, constitui-se numa prática antissocial, uma “ameaça à natureza da solidariedade humana”, como explica Thomas Laqueur (1992 : 263), destacando que o acento maior incide mais sobre o “solitário” do que sobre o “vício”.

O lento declínio do consenso médico que considerava a masturbação uma doença grave fez com que mesmo médicos

como Freud, ainda continuassem a considerá-la como algo maléfico, originadora não mais de psicoses, mas de neuroses. Freud escreveu diversos artigos defendendo essa posição e divergindo da opinião contrária de Stekel que não via qualquer mal no hábito do prazer solitário. Em 1912, realizou-se uma discussão na sociedade psicanalítica de Viena acerca do onanismo. Na verdade, culminou numa declaração diplomática uma controvérsia que prolongava-se há anos sobre este tema e, em particular, sobre a sua nocividade. Embora conclua pela afirmação de que o tema do onanismo é “inesgotável”, Freud esquivava-se de tomar partido na disputa de fundo sobre a nocividade do onanismo, contestada veementemente por Stekel. Até os anos 40 do século XX, os manuais de pediatria norte-americanos continuaram a condenar as práticas masturbatórias e propor como “terapia” a circuncisão completa das meninas, a cauterização do clitóris ou meios mecânicos de coerção³⁷. Por outro lado, Freud afirmou, numa carta a Fliess, em 1897, que os hábitos compulsivos, os vícios, como fumar cigarro ou cheirar cocaína, eram todos derivativos da masturbação: “me ocorreu que a masturbação é um hábito fundamental, o ‘vício primário’, e que apenas como substituição é que aparecem os outros vícios - por exemplo, álcool, tabaco, morfina, etc”³⁸. O combate cerrado à masturbação no século XIX, assim como as atuais campanhas contra as drogas, essa “masturbação química”, fazem parte de um projeto de constituição

37 O livro de Szasz em seu capítulo onze, O Novo Produto - A Insanidade Masturbatória, pp. 214 a 241, registra as citações aqui reproduzidas e relata com detalhe a evolução da perseguição moderna à masturbação.

38 Sigmund Freud, citado em Szasz (1978), p.229.

de um modelo de subjetividade onde o autocontrole, o superego forte, deve primar sobre tudo.

Definir vício não é uma tarefa fácil. Como distinguir hábitos de compulsões? Há hábitos não compulsivos? Segundo Anthony Giddens (1993 : 88) o vício é “uma incapacidade de administrar o futuro”. Todos os vícios seriam, nesta visão, “patologias da auto-disciplina”. Mas este mesmo sociólogo inglês é obrigado a reconhecer a constatação de Foucault de que a “invenção do viciado é um mecanismo de controle, uma nova rede de poder/conhecimento”, assim como “um passo à frente na caminhada para a emergência de um projeto reflexivo do eu”.

A própria essência do mecanismo de reprodução ampliada do capital baseia-se no incentivo à formas de consumo de mercadorias baseadas não num valor de uso intrínseco, mas num fetiche da forma-mercadoria que sobrepõe-se à efetivas satisfações de demandas sociais. O consumo das mercadorias fetiches é estimulado por complexos e cada vez mais poderosos mecanismos de criação de comportamentos de consumo compulsivo. A publicidade, municiada por técnicas comportamentalistas, como as desenvolvidas por Watson, impinge o consumo compulsivo.

A sociedade contemporânea é cada vez mais viciada: em alimentos, em roupas, em carros. Diversas práticas sociais tomam características compulsivas: as torcidas esportivas viciam-se em seus times e adotam comportamentos de dependência, os próprios esportistas, pressionados pela indústria da quebra dos recordes, viciam-se literalmente em suas próprias endorfinas,

quando não tomam simplesmente aditivos hormonais ou excitantes. Diversas práticas como o alpinismo ou a direção de carros velozes, tomam a mesma dimensão viciante e socialmente arriscada de certos consumos de drogas.

A noção de co-dependência aplica-se à nossa sociedade contemporânea, onde a ausência de um *zeitgeist* (espírito da época), não deixou de manifestar um *mal-du-siècle*, o deste nosso final de século/milênio é certamente o do vício em drogas. Nada mais demonizado, nenhum personagem sintetiza melhor a paranóia pública da nossa era do que o do viciado e do traficante. Na verdade, a nossa sociedade tornou-se dependente da dependência, a qual não passa da hipertrofia das conseqüências inerentes à forma contemporânea do mercado, imenso cardápio de comportamentos compulsivos, hiperestimulados pela mídia.

As campanhas contra as drogas, sob o slogan “Vida sim, drogas não”, supõe que possa existir vida sem drogas, o que é uma completa contradição com a história da humanidade, que desde a idade da pedra, passando por todas grandes civilizações, sempre usaram algum tipo de droga. O próprio álcool, para ficarmos em uma droga apenas, faz parte essencial da cultura ocidental, onde o vinho tem um lugar primordial, até mesmo na eucaristia cristã. Não se duvida que o vinho tem bons usos, não só na eucaristia, como em qualquer boa mesa. Há, obviamente, usos nocivos do vinho, a existência de milhões de álcool-dependentes comprova isso. Mas nem todos que consomem o vinho, ou o álcool em geral, tornam-se dependentes e os que se tornam, como ocorre com muitas mercadorias que a intoxicação publicitária torna

fetiches de consumo compulsivo, necessitam tão somente que não lhes impeçam de poder gozar do seu hábito. Hábito esse que é elevado como símbolo da felicidade e da identidade nacional, bastando se recensear os temas das campanhas publicitárias de cerveja. A fusão, aliás, das duas maiores empresas de cerveja do Brasil, na Ambev, dá nascimento à maior empresa privada brasileira como uma multinacional *global player* da alcoolização planetária, o que se junta ao nosso recorde de primeiro exportador mundial de tabaco.

O álcool, que é uma das drogas mais perigosas do mundo, reconhecida oficialmente como a causa de uma boa parte das patologias individuais e sociais, desde a cirrose e a dependência metabólica (calcula-se que cerca de 5% da população mundial é álcool-dependente), até a violência urbana e os acidentes de trânsito não só é permitido, como faz parte do imaginário oficial da felicidade e da alegria. Quais as razões históricas para o domínio do álcool na preferência popular para a obtenção de meios simples e diretos para o consolo físico e espiritual da dor, da fadiga, do tédio e do sofrimento? Porque como remédio para o sofrimento, diante de um cardápio incomensurável de substâncias químicas, se consome acima de todas os diferentes tipos de álcool?

Não se trata, entretanto, de abolir o álcool, como os Estados Unidos tentou fazer durante a “Lei Seca”, que durou de 1919 a 1933, mas de buscar um uso saudável e responsável dessa droga. O que foi dito em relação ao álcool aplica-se a todas as outras drogas. Cada uma possui a sua virtude, faz parte de

determinadas culturas humanas e, ao mesmo tempo, oferece o seu perigo. A proibição cria não só um Estado policial como um fluxo de comércio clandestino, devido a hipertrofia do preço. Foi o que se aprendeu da tentativa da Lei Volstead (“Lei Seca”), no EUA, e o que se verifica lamentavelmente repetir-se hoje em dia em escala global.

As drogas fazem parte da cultura. A cultura da droga é estética, religiosa, científica e política. A cultura da droga faz parte do processo fundador da psicologia como ciência no século XIX. O conhecimento do funcionamento do espírito, a classificação das instâncias do pensamento, a “história natural da mente”, como podem ser definidos os objetivos da psicologia, tiveram nas drogas alguns dos seus principais veículos. Assim como o telescópio para a astronomia, o microscópio para a biologia, as drogas representaram o principal instrumento tecnocientífico para o conhecimento da mente humana. Desde Humphrey Davy, Moreau de Tours, Freud, Havelock Ellis, William James até Albert Hoffman e Alexander Shulguin.

Os estados da consciência começam a ser classificados como vigília, sono e sonho, e seus estados limítrofes identificados como zonas crepusculares, fronteiras hipnogógicas. A tentativa de conhecimento científico da mente principiou por cartografar essas estranhas arquiteturas psíquicas. Uma de suas regiões, a do sono, tornou-se reprodutível artificialmente por meio dos soníferos que representaram o papel dos primeiros anestésicos. Desde o óxido nitroso estudado por Humphrey Davy, até o uso do éter e do clorofórmio, que se difundiram após 1845, tais

substâncias tornaram-se veículos químicos de um estado mental, consolo universal do pior dos sofrimentos humanos: a dor física.

A discussão sobre o uso do éter como anestesia provocou repercussões morais e políticas. O Vaticano se opunha ao uso de anestesia em partos (foi um escândalo quando a rainha Vitória realizou seu oitavo parto com anestésicos, em 1853). O fato da anestesia provocar um adormecimento cheio de sonhos parecia especialmente perigoso, sobretudo para as pacientes femininas, que poderiam perder o seu auto-controle, ao ponto de, num debate sobre o uso do éter como anestésico na Academia de medicina de Paris, no início de 1847, Magendie chegar a afirmar que: “Fala-se de sonhos agradáveis, de êxtases, de sensações voluptuosas (...) eu vejo aí muito mais perigos do que vantagens. O que sei de certo a este respeito é que mulheres, moças sobretudo, tem sonhos eróticos, acessos de histeria, algumas até mesmo acessos de furor uterino, que poderiam não ser sem perigos para as pessoas que as rodeiam, e particularmente para os senhores cirurgiões (...) ora, eu pergunto, isto é uma coisa moral?”³⁹.

O sonho também, mostrou-se reprodutível pelo mesmo mecanismo das drogas. Sua investigação pioneira na obra de Thomas de Quincey, abre um espaço para a compilação da tipologia do onírico, para um arquivo das imagens do fantástico. Essa tipologia imagética tem função estética e literária, sendo usada amplamente pela escola da narrativa fantástica, com De Quincey, Musset, Poe, Baudelaire, Gautier, e mais tarde pela poesia simbolista, mas também é alvo de um olhar investigativo

científico que quer conhecer todas as formas de manifestação do espírito humano. O experimentalismo das formas de consciência é aberto pelo uso controlado de drogas que permite desvendar o lado oculto e noturno do espírito. Se o espírito se resume à consciência, memória e imaginação, como consciência do momento, do passado e projeção do futuro, todas as suas esferas serão passíveis de estímulo e análise psicoquímica.

O imaginário das drogas mudou de acordo com as épocas até chegar ao atual produto de um século de proibicionismo, com os seus estereótipos do viciado como paradigma da degeneração física e mental. Muito antes, entretanto, da invenção do quadro clínico do vício, as drogas forneceram elementos indispensáveis para a atmosfera cultural da modernidade e para a abordagem estética e científica dos fenômenos da mente humana. Segundo Max Milner, Thomas De Quincey com a publicação das *Confissões de um comedor de ópio*, em 1821, inaugurou a teorização da relação entre a droga e a criação poética.

A experiência oitocentista das drogas, de certa forma funda a psicologia na medida em que fornece um instrumento de produção de diferentes estados de consciência que permitem uma observação de si-próprio como nunca antes alcançada, “*um reflexo de si-mesmo (...) a sombra espelho simbólica destinada à refletir à luz do dia o que deveria de outra forma permanecer escondido para sempre*”. É assim que os espíritos curiosos sobre si próprios serão seduzidos incessantemente por esta via para o auto-conhecimento: “*é um assunto de psicologia, um estudo sobre mim mesmo*”, como escrevia Balzac numa carta. É a atitude

³⁹ Apud Max Milner.

experimental diante da consciência que inaugura uma ciência cujo objeto é o próprio sujeito observador, e os instrumentos produtores de consciência alterada permitem ampliar a gama dos três estados básicos da consciência: vigília, sono e sonho. O ópio e o haxixe trazem o sonho para a vigília, confundem-nos num novo estado. Os anestésicos trazem o sono para a vigília, anulando-a quimicamente de uma forma tão absoluta que se tornaram possíveis as intervenções cirúrgicas indolores.

A droga será vista nesse imaginário romântico do início do século XIX como um instrumento para sonhar. Na segunda edição, de 1856, De Quincey declara que o seu livro foi escrito na “intenção de expor este poder específico do ópio sobre a faculdade de sonhar”. O ópio “aviva as cores das cenas dos sonhos, aprofunda suas sombras e reforça o sentido de suas terríveis realidades”, mas ele não cria sonhos do nada (para De Quincey, eles dependem das preocupações diurnas, do passado, da cultura e do temperamento), mas estimula, sobretudo, “o poder de pintar toda sorte de fantasmas nas trevas”. Além de fazer sonhar acordado, o ópio franqueia regiões limítrofes, franjas entre os estados da consciência, produzindo visões hipnagógicas, que são aquelas que conduzem ao sono e surgem na zona crepuscular entre a vigília e o sono. A ideia do cérebro humano como palimpsesto que uma memória involuntária decifra surge primeiro em De Quincey, para depois manifestar-se em Freud e em Proust. Em De Quincey, as camadas do palimpsesto podem ser lidas através das lentes emprestadas pelo ópio.

O tema do sonho já fazia parte do acervo poético do

romantismo. Mas as drogas trazem novos dados experimentais sobre as noções tradicionais do fantástico. A natureza precisa das sensações, percepções, pensamentos e emoções produzidas pelas drogas se tornará assim não só um repertório literário ampliado de imagens e temas como uma via privilegiada do estudo científico da mente. Aos conceitos de alucinações, ilusões, visões, êxtases se juntará outro: o de loucura.

A noção de loucura, então em constituição no discurso científico, encontrará no efeito das drogas uma poderosa analogia. O médico francês Jacques-Joseph Moreau de Tours publicou, em 1845, *Du Haschisch et de l'aliénation mentale*, onde buscava identificar os parentescos entre o haxixe e a loucura, que a obra de Gerard de Nerval exemplificaria. Numa época em que as especulações sobre a alma humana alcançavam uma expansão desvairante, com o mesmerismo, o espiritismo, o sonambulismo, os êxtases místicos e estéticos e a atmosfera onírica em geral fazendo parte da moda dos salões, o universo da loucura, do sonho e da droga encontravam o paralelo fácil: a loucura seria uma espécie de sonho acordado. A literatura refletindo esse clima renova também os temas tradicionais do gótico e amplia o gênero do fantástico com alusões diretas e indiretas à experiências farmacológicas (em Poe, Dumas, Flaubert, etc.).

Em Rimbaud essa busca deliberada e sistemática de alteração da consciência alcança um auge, com o “desregramento sistemático de todos os sentidos” para se obter a vidência. A poética alucinante de Rimbaud, “me habituei à alucinação simples (...) depois explicava meus sofismas mágicos pela alucinação

das palavras”, manifesta uma atmosfera cultural onde o estatuto da experiência onírica, alucinatória, extática e poética era comparado, um exemplo é a obra *Des Hallucinations ou Histoire raisonnée des apparitions, des visions, des songes, de l'extase, des rêves, du magnétisme et du somnambulisme*, (3. Ed., Germer Baillière, 1862) de A. Brierre de Bosimont.. A definição precisa de alucinação, assim como de todas as faculdades mentais, era um dos temas centrais no debate da psicologia nascente. Esquirol definia alucinação como “um homem que tem a convicção íntima de uma sensação atualmente percebida sem que nenhum objeto exterior próprio a excitar esta sensação esteja ao alcance de seus sentidos está num estado de alucinação: é um visionário” (*Des maldies mentales*, Baillière, 1838). Este debate foi realizado, em 1856, pela Sociedade médico-psicológica de Paris, onde as drogas eram apresentadas como “alucinações voluntárias”.

Procurava-se assim, distinguir-se não só os tradicionais vigília, sono e sonho, mas todos os “estados de consciência”, como alucinação, ilusão, sonambulismo, efeitos de drogas, hipnose, etc. A distinção precisa entre tais estados era motivo de grande controvérsia, para alguns, como o Dr. Buchez, “a sensação real, a representação mental e a alucinação são fenômenos da mesma essência. Entre a representação mental e a alucinação só há uma diferença de grau. Certos pintores, certos compositores possuem a capacidade de representar os objetos até a alucinação”.

Todos estes estados confluíram para constituir um modelo clínico que se cristalizou ao final do século XIX: o da toxicomania. Após a aparição da morfina, houve uma tendência em se abranger

no amplo modelo médico-estatal de controle da vida cotidiana das populações e de adoção de normas disciplinares dos corpos, centrado sobre os mecanismos da sexualidade, também a prática do consumo de drogas. O modelo eugenista-sexista-racista que fundamentava as ciências sociais e biomédicas do final do século, e operava, segundo Foucault, sobre o tríplice eixo da perversão-hereditariedade-degenerescência, se deslocará também para os prazeres químicos, acusados igualmente ao sexo de possuírem um componente vicioso, causador de extrema dependência e ao mesmo tempo de completa degradação física e espiritual.

O eixo no caso das drogas obedece aos mesmos pressupostos teóricos: as drogas causam degeneração do indivíduo e, portanto, da sociedade, são doenças sociais e individuais, de caráter epidêmico, pois altamente contagiantes. São um dos principais fatores anti-eugênicos, pois poluem o sangue e a raça, que se torna degenerada, por isso atinge especialmente as mulheres, que possuem constituição mais frágil. A noção médica e eugênica de decadência física e racial se uniu à noção de decadência política, moral e filosófica, assim como estética e literária. A droga tornou-se, de acordo a esta visão, um símbolo indiscutível desta decadência, restando debater apenas se causa ou consequência.

Até mesmo a busca do desconhecido, a sede de aventura, quando levada ao extremo levaria ao vício. Como escrevia Octave Doin (1889): “o estado mental tão especial dos hereditários, dos degenerados (...) que consiste sobretudo numa apetência, numa sede de desconhecido e de sensações ainda não experimentadas.

Esta sede do desconhecido se encontra, evidentemente, entre os indivíduos mais ponderados e é mesmo a base de todos os nossos conhecimentos científicos. Mas, no hereditário degenerado, esta busca é levada ao extremo e chega ao delírio”.

A curiosidade experimental em geral, indispensável entre os homens de ciência, é considerada como uma “predisposição neuropática hereditária”, e torna-se uma “tendência a estudar a sua organização mental e experimentar sobre ela”. A busca de sensações raras, que existe entre os “degenerados”, designados como “cerebrais”, “originais” ou “superiores”, se explica, segundo o Dr. Ernest Chambard, devido à “diminuição intelectual e moral de uma raça envelhecida”.

Particularmente as mulheres seriam afetadas pelo vício, pois sua sexualidade reclamaria o prazer específico da morfina, por isso todas as morfínomas são ninfômanas e as eterômanas são erotômanas. Consolida-se no final do XIX uma conexão entre morfínomania, sexualidade feminina e lesbianismo. A seringa de Pravaz (com trocadilho para depravar) torna-se o fetiche máximo, cravejada de brilhantes em estojos de prata, forma fálica de êxtase que dispensa o homem.

Passado mais de um século, e a droga continua fazendo valer a sua importância na economia da libido humana.

Alçada à condição de principal mercadoria do mundo, os meios químicos de prazer sofreram um crescimento análogo em seu valor mercantil e em sua influência econômica, social e cultural. Ao mesmo tempo que cresce a demanda pelo prazer químico, também institui-se um sistema proibicionista que apóia-se num discurso médico-jurídico para justificar uma pretensa

guerra contra as drogas que, na verdade, desde a Lei Seca de 1919, nos EUA, só tem servido para aumentar o lucro e a violência. A história dessa guerra, em seus aspectos econômicos, culturais, políticos e militares ainda está sendo escrita.

Bibliografia

- BERRIDGE, Virginia, “Dependência: história dos conceitos e teorias” in Edwards & Lader, A natureza da dependência de drogas, Porto Alegre, Artes Médicas, 1994
- EDWARDS, Griffith; e LADER, Malcolm (e col.), A natureza da dependência de drogas, Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.
- FOUCAULT, Michel, Carlos Henrique Escobar (org.), Últimas Entrevistas. O Dossier, Rio de Janeiro, Taurus Editora, 1984.
- FREUD, Sigmund, O mal-estar na civilização, Col. Os Pensadores, São Paulo, Abril Cultural, 1978.
- GIDDENS, Anthony, A transformação da intimidade, São Paulo, Edunesp, 1993.
- LASCH, Christopher, Refúgio num mundo sem coração. A família: santuário ou instituição sitiada?, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1991.
- LAQUEUR, Thomas, Inventando o sexo. Corpo e gênero dos gregos a Freud, Rio de Janeiro, Relume Dumará, 2001.
- LOPES, Myriam Bahia, O Rio em Movimento. Quadros Médicos e(m) História, Rio de Janeiro, Fiocruz, 2001.
- MILNER, Max, L’Imaginaire des drogues. De Thomas De Quincey à Henri Michaux, Paris, Gallimard, 2000.
- SANTIAGO, Jésus, A droga do toxicômano. Uma parceria cínica na era da ciência, Rio de Janeiro, Zahar, 2001.
- SEIBEL, Sérgio Dario; e TOSCANO Jr., Alfredo (ed.), Dependência de drogas, São Paulo, Atheneu, 2001.
- STUBBS, Jean, Tabaco en la periferia, Havana, Editorial de Ciencias Sociales, 1989.
- SZASZ, Thomas, La persécution rituelle des drogués, boucs émissaires de notre temps. Le contrôle d’État de la pharmacopée, França, Editions du Léopard, 1994 (Cerimonial Chemistry, 1974).
- - Notre droit aux drogues, França, Editions du Léopard, 1994 (Our rights to drugs. The Case for a Free Market, 1992).
- VINCENT, Jean-Didier, La biologie des passions, Odile Jacob/Seuil, 1986.
- WERTHEIMER, Michael, Pequena História da Psicologia, 4. Ed., São Paulo, Ed. Nacional, 1978.

Contra a drogafobia e o proibicionismo: dissipação, diferença e o curto-circuito da experiência

Autor

Luiz Eduardo Soares

Antropólogo e cientista político, professor da UERJ, ex visiting scholar das universidades Harvard, Columbia, Virginia e Pittsburgh e pesquisador do Vera Institute of Justice, de New York. Autor de mais de 20 livros e ex-secretário nacional de segurança pública.

E-mail: luizeduardosoares09@gmail.com

Sumário

O autor defende a legalização das drogas com base em diversos argumentos, entre os quais a demonstração de que o proibicionismo gerou e reproduz uma situação anárquica, cujos efeitos são aumento do consumo, violência, corrupção de agentes do Estado, criminalização da pobreza, impossibilidade de atendimento aos dependentes, de orientação dos usuários e de controle da qualidade do produto e do processo de trocas clandestinas. Propõe que se entenda legalização como imposição de ordem ao caos, redução de danos e aproximação entre a norma e a realidade, uma vez que a experiência mundial provou a inviabilidade da repressão policial e da persecução judicial como métodos de eliminação das drogas e de seu comércio.

Palavras-chave

Drogafobia, proibicionismo, legalização, mercantilização da vida e valorização da experiência.

Contra a drogafobia e o proibicionismo: dissipação, diferença e o curto-circuito da experiência

à memória de Santuza Cambraia Naves e Gilberto Velho⁴⁰

Luiz Eduardo Soares

Não saberia como definir drogas, mas não creio que faça falta, ainda que se trate, justamente, de falta. Quando giramos no ar essa palavra valise, quase uma categoria de acusação prêt-à-porter, a fricção com o ambiente aquece o debate e torna incandescente a atmosfera. Evocá-la, portanto, perturba, embora ilumine. Melhor talvez fosse dizer que a luz da energia desprendida pela tensão revela a magnitude da obscuridade. A imagem não é minha. É de Faulkner, ainda que aplicada a outro objeto. De todo modo, bem vindo fantasma genial, anjo maldito de som e fúria. Que sua embriaguês mórbida e fecunda nos guie e aos positivistas não desampare. O fato insofismável é este: a noite formidável recobre, sob a palavra droga, sob o manto do vocábulo herético, uma complexíssima trama de enigmas, sofrimentos, desejos e desafios.

A matéria foi sequestrada pelo discurso da justiça criminal, a ponto de nortear suas práticas. Hoje, é impossível fechar os olhos para as consequências, em nosso país: a terceira

⁴⁰ Santuza e Gilberto pesquisaram a música popular e a vida nas metrópoles, respectivamente, mas, em comum e sobretudo, nos legaram lições de abertura e liberdade de pensamento, sensibilidade para as inquietações mais fundas de nosso tempo, além e aquém de modismos, doutrinas e preconceitos. Ao mesmo tempo, foram exemplos de fidelidade aos valores que nos são caros e à amizade.

maior população carcerária do planeta, 540 mil presos, e o maior índice de crescimento dessa população. Observe-se que o foco socialmente seletivo da política criminal e de segurança pública incide sobre jovens pobres, com baixa escolaridade. Entretanto, a despeito da voracidade monopolizadora da justiça criminal e de seus dispositivos, há tempos a chamada “questão das drogas” também frequenta a agenda da saúde. Mais que isso: deixou de se limitar ao escrutínio na área científica da saúde. Tornou-se tema fundamental para quem estuda a cultura e a política.

Uma pergunta elementar impõe-se: por que, ainda hoje, em pleno século XXI, quando gênero, sexo e corpo já aprenderam a falar línguas diferentes, quando a família encena arranjos imprevisíveis e a comunicação globalizada reinventa mapas e utopias, por que ainda balbuciamos o be-a-bá dessa ladainha enfadonha, em dicção policial: “as drogas”?⁴¹ Seria porque muita gente se mata abusando de seu consumo? Ora, muito mais gente se autodestrói bebendo ou fumando cigarro. Nem por isso a mídia dramatiza o assombro nas manchetes. Nem por isso a pauta política é colonizada por propostas criminalizantes ou programas de higienização. Em síntese: a explicação materialista e funcional não se sustenta. Legisladores, assim como os operadores do sistema de justiça criminal e de segurança pública, não extraem a legitimidade de suas decisões repressivas da necessidade –entendida, por sua vez, como

derivação do compromisso teleológico com a preservação da vida. Não determinam a repressão para salvar ninguém, a não ser suas carreiras –com as honrosas exceções de praxe. Na melhor das hipóteses, o debate público converteu-se em uma ciranda interminável de símbolos. Na pior, rendeu-se à farsa demagógica mais desavergonhada e obscurantista.

Caso os fatos empíricos valessem alguma coisa todos já teriam aprendido as lições mais triviais: segundo o UNDOC, o tráfico internacional de drogas ilegais movimentou, em 2005, US\$ 320 bilhões, valor superior ao PIB de 88% dos países. Apesar dos custos bilionários, nem o consumo, nem os preços foram afetados. Os únicos beneficiários têm sido o tráfico e os setores da economia que lucram com armas, equipamentos militares e instrumentos de segurança. Além dos titulares políticos da moralidade dos costumes e dos governos que precisam de inimigos para promover a coesão ameaçada por crises e descrédito.

A guerra às drogas constitui o mais escandaloso fracasso de política pública transnacional continuada de que se tem notícia, nas últimas décadas, sem que o resultado pareça importar aos governos que a implementam. O que demonstra quão valiosos são os ganhos secundários e as vantagens setoriais.

Como afirmou o célebre liberal Milton Friedman, em 1989 (a posteridade só confirmou o que há vinte anos já era evidente):

“Após décadas de experiência, é evidente que: mais polícia, mais prisões, penas mais duras, aumento dos esforços de apreensão, mais publicidade sobre os males das drogas – tudo isto tem sido acompanhado por mais, não menos,

41 É surpreendente que ainda sejam atuais e que seja pertinente reiterar, em 2012, argumentos que empreguei pela primeira vez vinte anos antes, em meu artigo, “A Política de drogas na agenda democrática do século XXI”, publicado no volume coletivo organizado por Francisco Inácio Bastos e Odair Dias Gonçalves, *Drogas: é legal? Um debate autorizado*, em 1993 (Instituto Goethe e Editora Imago).

viciados; por mais, não menos, crimes e assassinatos; por mais, não menos, corrupção e por mais, não menos, vítimas inocentes”.⁴²

De acordo com levantamento da Liga de Policiais contra a Proibição (LEAP), os Estados Unidos já gastaram, em ações domésticas e internacionais, desde 1972, quando Nixon declarou guerra às drogas, mais de U\$ 1 trilhão⁴³. Nas quatro décadas seguintes, a criminalização da pobreza avançou celeremente nos EUA. Se houvesse a legalização, dois milhões de prisões deixariam de ser feitas, a cada ano, naquele país –prisões que afetam sobretudo os negros e latinos.

No Brasil, com a Lei 11.343/2006, o usuário de drogas ilícitas não pode ser preso, mas deve ser conduzido à delegacia, depois a um Juizado Especial Criminal, onde poderá receber advertência verbal, pena de prestação de serviço à comunidade, medida de comparecimento obrigatório a programa educativo, ou multa. O consumo ainda é considerado crime. No Rio de Janeiro, segundo pesquisa para o PNUD de Luciana Boiteux e Elie Wiecko, de 2009, 80% dos presos por tráfico são jovens entre 16 e 28 anos, primários. A grande maioria foi capturada em flagrante, não portava arma, não agia com violência, não tinha ligação com organização criminosa.

A Lei brasileira não define a partir de que quantidade o porte passa a ser interpretado como tráfico, o que estende ao

42 FRIEDMAN, M. (1989) *An open letter to Bill Bennet*, Wall Street Journal, 7 de set. APUD ROLIM, MARCOS – *Políticas públicas sobre drogas: o papel dos municípios* (paper inédito, 2011). Rolim tem publicado na internet e em sua coluna no jornal gaúcho, Zero Hora, intervenções muito importantes, com as quais me identifico plenamente, aprendo e enriqueço meus argumentos. Consulte-se, por exemplo: <http://migre.me/a8jZp>

43 Cf. Rolim, op.cit.

limite a discricionariedade da autoridade judicial. Dispondo de larga margem para avaliações subjetivas, a maior parte dos juízes termina por reproduzir as desigualdades e discriminações que marcam a sociedade e a cultura em que foram socializados. Os efeitos desse coquetel têm sido mais graves do que a ingestão de qualquer outro pernicioso à saúde, composto por substâncias psicoativas.

Do ponto de vista antropológico, há vários mitos a desconstituir. Examinemos cada um deles:

(1) “Há um perfil padrão do usuário típico”.

Gilberto Velho já mostrou que não é assim. Os usuários de droga não compartilham nenhuma característica que os distinga dos demais indivíduos, exceto o fato de usarem droga⁴⁴. O mesmo vale para os não usuários. Aliás, mesmo essa característica, digamos, diacrítica, deixa de existir quando o não usuário usa e o usuário deixa de fazê-lo, decisões imprevisíveis e sempre disponíveis aos indivíduos para confundir as ingênuas pretensões do iludido classificador.

Além disso, caberia perguntar: de que droga se trata? De que relação com a droga se trata? Só há uma droga e apenas uma modalidade de relação?

(2) “Todo consumidor de drogas ilegais é viciado”.

Essa afirmação, por absurda, dispensa comentários.

Por outro lado, a palavra “viciado” menos descreve uma

44 Velho, Gilberto – *Nobres & anjos: um estudo de tóxicos e hierarquia* (Fundação Getúlio Vargas, 1998). O livro foi, originalmente, tese de doutorado, e tem o mérito, entre tantos, de ter inaugurado esse campo de estudos, no Brasil.

pessoa do que lhe determina um destino criminal e médico. É curioso observar que a palavra refere-se a uma pessoa como se a rotulasse, como se lhe atribuísse uma identidade. E o faz como se essa identidade esgotasse sua inscrição no mundo, como se a qualificação destacada, o “vício”, fosse constitutiva de seu ser. Uma vez que fazemos coisas com palavras, a classificação “viciado”, tanto quanto “criminoso”, é uma intervenção performativa da linguagem, porque condena, traça um círculo em volta do indivíduo, prescreve um futuro e encaminha o sujeito para determinadas instituições, que o submeterão a certos procedimentos.

- (3) “A droga suprime limites morais. Portanto, seu consumo gera a disseminação da amoralidade, derrubando barreiras à prática de crimes e violência”.

Esse enunciado suprime o bom senso. Para fazer algum sentido, seria preciso identificar o tipo de droga, a quantidade consumida (e a assiduidade), o contexto do uso, o significado de limite, o conceito de moralidade, o padrão que supostamente corresponderia ao comportamento desse mesmo usuário ante o mesmo dilema moral, em condições distintas. Além disso, seria também indispensável explicar por que estaria justificado supor que da lassidão moral se transita, sem mediações, para a criminalidade e daí à violência. Essa cadeia narrativa, essa corrente de passagens abruptas, que ignoram descontinuidades abissais, é articulada não pela razão, mas pela paranoia.

Para que se compreenda mais claramente quão estapafúrdia é essa generalização, basta considerar a seguinte sentença: “O envolvimento emocional na torcida, em um estádio de futebol, suprime barreiras morais. Portanto, a frequência popular aos estádios induzida pelo amor ao futebol gera a disseminação da amoralidade, derrubando barreiras à prática de crimes e violência”.

Outro enunciado desprovido de coerência também serve ao desnudamento da inconsistência da proposição sobre drogas, moralidade e violência: “A participação do fiel em rituais religiosos que o conduzem ao transe e à possessão suprime barreiras morais. Conseqüentemente, o engajamento religioso em tradições que implicam práticas de transe e possessão promove a disseminação da amoralidade, derrubando barreiras à prática de crimes e violência”.

O mero cotejo desvela a insensatez da asserção original. A experiência de alteração da consciência segue métodos e regras, é circunscrita por delimitações compartilhadas e coletivamente ordenadas, à luz de valores determinados. Códigos morais diferentes não deixam de sê-lo. Amoralidade é o nome que o pensamento etnocêntrico dá à ausência de seu padrão valorativo.

Nada disso significa que não haja cataclismos, colapsos da ordem, explosões individuais e coletivas que ignoram as referências tacitamente pactuadas. Há vandalismos, quebra-quebras, linchamentos e irrupções

violentas massivas ou individuais. Mesmo nessas situações dramáticas e extremas, observam-se limites, regras, valores e propósitos, ainda que sejam negativos, destrutivos e ilegítimos. Os casos mais selvagens são tão perigosos quanto associar a tais extremos, de forma genérica e acusatória, drogas, religiões extáticas e celebrações coletivas.

- (4) “A única meta das políticas públicas relativas a drogas é a abstinência.”

Não se trata de um enunciado analiticamente sustentável, nem normativamente defensável. Por que o mesmo corpo institucional não vê do mesmo modo o consumo de cigarros e de bebidas alcoólicas, por exemplo? Não há nenhuma razão para que a maconha e a cachaça tornem-se objeto de políticas cujas metas sejam a abstinência, em um caso, e a temperança ou a moderação, no outro. Não há nada na substância material desses produtos que determine um ou outro caminho, uma ou outra finalidade. Na verdade, há outra finalidade no mascaramento do caráter arbitrário dessas classificações e das atribuições de periculosidade. A finalidade é firmar e difundir a suposição de que há base substantiva para o exercício legisferante. O objetivo é formar a crença na existência de uma base substantiva para o exercício da autoridade repressiva do Estado. O poder político encontraria legitimidade por derivar seu funcionamento da ordem da necessidade, uma vez que

suas ações decorreriam de imperativos morais, racionais e ontológicos. A base material de suas decisões equivaleria a uma plataforma sólida, arremedo de ontologia unguida de valor.

Por isso, a política de drogas proibicionista é anti-liberal, mesmo quando proposta e aplicada por liberais. O contrato, fundamento da visão liberal da política, rejeita absolutos e fundamentos ontológicos, e afirma que as normas do convívio devem repousar sobre a negociação livre de atores supostamente iguais. Não há nada mais distante do ideário liberal do que conferir ao Estado o papel de sujeito que sabe mais do que o indivíduo qual é (e deve ser) seu desejo mais profundo e seu interesse –a salvação de sua vida e de sua alma (de sua integridade moral)--, desejo e interesse por vezes supostamente encobertos por vontades patológicas e compulsões. O Estado converte-se em médico de espíritos e terapeuta de corpos indisciplinados. Como boa mãe, seleciona com esmero a dieta mais saudável para seus súditos –hesito em empregar essa palavra, mas não faria sentido falar, aqui, em cidadãos de uma República, muito menos de uma cidade democrática.

Mesmo nos casos que mereceriam ser tratados como patológicos, nos quais o sujeito confessa sua dor, reconhece sua impotência e pede ajuda, sabemos que há um vasto gradiente que se estende da redução de danos à abstinência, experimentada, entretanto, e não à tôa,

dia após dia, como o comedimento exigido pela escala diminuta da precária resistência humana, exatamente para evitar a ambição desmedida da solução definitiva, cujo peso tenderia a jogar por terra todo o avanço alcançado com o esforço modesto e continuado, cotidianamente reiterado.

- (5) “Legalizar implica liberar, o que provocaria a explosão do consumo”.

Liberar é um verbo caprichoso que insinua convite sedutor, apologia e celebração. Sobretudo, o verbo sugere falta de limites, ausência de regras e homogeneização das situações, sem respeito a nuances e gradações, normas e valores, cautelas e negociações. O verbo soa como a abolição dos males e o estabelecimento de um condição atemporal e estável. Nada mais enganoso. Drogas liberadas, no sentido vulgar conferido a liberado, sentido que associa o termo à ideia de anarquia, é o que temos: nenhum controle de qualidade dos produtos comercializados; nenhuma informação sobre limites de segurança para o uso de cada substância, ou sobre os riscos envolvidos; um mercado instável, em que a corrupção policial, a violência e as armas atravessam o caminho de toda a sociedade, mesmo dos que não têm interesse no consumo. Legalizar é criar o avesso do caos que hoje impera e que traz prejuízos para todos – menos para os que traficam. Legalizar implica disciplinar, regulamentar, negociar circunstâncias, métodos e padrões de relacionamento.

A experiência de políticas descriminalizantes tende a demonstrar que o consumo não sofre alteração significativa. A elevação gira em torno de 1,5% e fica na média do que se verifica em outros países que não flexibilizaram sua legislação, no mesmo período.

O grande erro de quem postula a proibição é a crença em sua eficácia prática. Supõe-se, ingenuamente, que proibir significa bloquear o acesso de consumidores potenciais às drogas. Não é o que ocorre no Brasil, nem em qualquer país não totalitário. O acesso às drogas continuou sendo uma realidade inabalável, ao longo das últimas décadas, apesar das políticas repressivas, independentemente do volume de dinheiro investido (ou perdido) nessa guerra e da qualidade das polícias mobilizadas. O acesso não é afetado pela proibição. Por isso, flexibilizações legais não importam em expressiva mudança na demanda.

Contudo, mesmo que as mudanças fossem significativas, esse fato não justificaria a intervenção do Estado no domínio da liberdade individual ou das escolhas privadas, desde que elas não violassem direitos alheios.

Por outro lado, essa minha opinião de princípio é reforçada pela avaliação pragmática dos resultados das políticas proibicionistas.

Não é demais repetir: os efeitos negativos agregados da criminalização e do proibicionismo são

muito superiores às consequências do uso ou do abuso das drogas ilícitas. Dos 50 mil homicídios dolosos anuais, no Brasil, não sabemos quantos têm relação, direta ou indireta, com tráfico de drogas e com o tráfico de armas, que o primeiro financia. Mas estimamos que o percentual seja elevado. Assim como sabemos que a corrupção policial é alimentada pelas oportunidades de negócios ilícitos que o comércio clandestino propicia. Aduzem-se os custos financeiros e humanos impostos pelo sistema penitenciário, assim como os gastos com as instituições de segurança e de justiça criminal, cujas energias são em boa parte consumidas com essa vasta problemática.

Segundo levantamentos realizados pelo LEAP, mesmo os malefícios decorrentes do consumo excessivo de drogas devem-se mais à mistura do que à substância original. Pesquisa que realizei para meu livro, “Tudo ou Nada; a história do brasileiro preso em Londres por associação ao tráfico de duas toneladas de cocaína” (Nova Fronteira, 2012), constatou que, no começo do século XXI, entre a produção, na Colômbia, e a venda no varejo, na Inglaterra, a coca tinha sua pureza reduzida seis vezes, de 85% para 15%.

Nada do que escrevi deve ser entendido como subestimação do sofrimento que pode estar envolvido no consumo de drogas, lícitas e ilícitas. Meu argumento é simplesmente este: tal sofrimento pode justificar, por parte do Estado, cuidado, preocupação, difusão de

informações, oferta de apoio para a busca de alternativas, mas não a intervenção autoritária e paternalista no âmbito da liberdade individual, quaisquer que sejam os valores reivindicados, mesmo aqueles tidos por caridosos, aliados da saúde e moralmente edificantes. Aliás, em nome da saúde do corpo e do espírito cometeram-se as mais abjetas e cruéis violências.

- (6) “Não é possível adotar políticas mais firmemente descriminalizadoras antes que o concerto das Nações se disponha a fazê-lo”.

Essa é a melhor justificativa para o imobilismo político. Nada mais do que isso. Faço, desde que os outros façam primeiro. A inércia se escuda na ostentação teatral da responsabilidade. No flagrante de um flash, a convicção desponta, sob o jaquetão da autoridade, como a piscada furtiva da leviandade pueril. Ela sinaliza para os críticos que continua um deles, não traiu sua origem, mas, afinal de contas, amadureceu e, hoje, sua voz é institucional.

Para haver avanço mundial, será necessário que cada país assuma o protagonismo na matéria e ouse.

- (7) “O Brasil não está preparado para a legalização das drogas”.

O Brasil está preparado para milhares de homicídios dolosos e o encarceramento massivo de jovens pobres? Está preparado para conviver com o tráfico de armas que se nutre do tráfico de drogas? Está preparado para arcar com os custos de uma política irracional, ineficiente, cujos resultados frustram expectativas,

sistematicamente, e geram efeitos perversos em larga escala? Está preparado para acompanhar o calvário dos dependentes que desejam ajuda, mas não podem contar com todo o potencial de acolhimento aberto, transparente, solidário, dos profissionais especializados e das instituições. Está preparado para testemunhar, passivamente, a farsa a que são submetidos os que compram gato por lebre, e os que percorrem uma senda suicida por falta de diálogo e informações?

Não, nenhum país está “preparado” para esses horrores e não deveria aceitar conviver com eles, naturalizando-os, como tem feito a sociedade brasileira. Estaria, o Brasil, preparado para um salto de qualidade? Se não está, deveria preparar-se, com urgência. Nenhuma deficiência de qualquer tipo poderia justificar a persistência numa política contraproducente. Além de tudo, uma transformação na abordagem da questão das drogas constituiria parte da própria preparação que se deseja: uma preparação para recepcionar e implementar as melhores ideias, a serviço do bem comum, adaptando-se a melhores condições de vida, com mais liberdade, menos hipocrisia, menos violência e corrupção, mais responsabilidade e mais respeito pelas diferenças.

(8) “Há uma porta de entrada para o mundo das drogas. A mais inofensiva leva às mais destrutivas”.

A imagem de uma progressão negativa, ordenada em escala de gravidade ascendente, deriva dos seguintes

pressupostos falsos: há continuidade entre as experiências de consumo; há uniformidade dos produtos, que apenas se distinguiriam pela exacerbação de efeitos de mesmo tipo; e há homogeneidade do campo em que se dão as relações entre sujeitos e substâncias, assim como entre os próprios sujeitos.

Tais pressupostos são falsos: as experiências de consumo são descontínuas, assim como os produtos e seus efeitos são diferentes entre si, do mesmo modo que os campos instaurados por relações de uso e de convivência ou negociação (de significados ou produtos) são distintos. Em outras palavras, os usuários se reúnem ou se isolam, e vivenciam os momentos de consumo das diferentes drogas de formas diversas, negociando, diferenciadamente, seja o sentido da experiência, seja o acesso ao produto no mercado clandestino. Por consequência, a experiência com cada tipo de droga ilícita não corresponde a uma etapa na escala evolutiva rumo à dependência mais aguda, partindo do tapinha ingênuo no primeiro baseado oferecido por um colega e terminando com um corpo estirado na sarjeta.

A verdadeira continuidade é aquela determinada pela criminalização do uso das substâncias em pauta. A Lei uniformiza ao construir uma classificação comum, gerando a homogeneidade da transgressão. É também a Lei que separa consumo e comércio, apondo ao segundo o adjetivo hiperbólico “hediondo”. A Lei estabelece limites

onde nem sempre há. As categorias legais –na teia de suas aplicações (aliás menos puras do que a cocaína vendida no varejo)-- promovem distinções rígidas entre ações e atores, os quais nem sempre se diferenciam por uma divisão do trabalho estável, e menos ainda se opõem como vítimas e algozes, ou criminosos ativos e personagens passivos. Nos termos do código penal, os usuários são quase vítimas, no máximo são vistos como cúmplices involuntários, condenados a jogar o jogo de um destino prefixado pelo congelamento do desejo. Na visão de mundo subjacente ao discurso jurídico proibicionista, todo desejo é preâmbulo de compulsão e toda experiência de uso de substância proibida é prenúncio do cativo do vício. O consumo antecipa e termina por cumprir o percurso de um ser débil, que orbita em torno de uma dependência idealizada e que, por isso, só encontra salvação nas mãos maternais do Estado. O usuário é passivo quando se relaciona com o criminoso hediondo comprando dele a droga. É passivo ante seu destino, ante o destino compulsivo de seu desejo. É passivo, então, ante o Estado, que lhe estende a mão, depois de adverti-lo, educá-lo e puni-lo. A punição veste a máscara da mais doce correção de modos, para o bem do pobre consumidor infantilizado. Do outro lado do usuário está o monstro, diz-nos a Lei, o perverso que, para vender a droga, seduz o consumidor e o vampiriza, inoculando, em seu espírito curioso e inexperiente, o vício degradante.

A continuidade pode ser construída por determinados grupos, sob certas condições, mas está longe de ser uma trajetória necessária. A expectativa de avanço por um gradiente em direção ao vício devastador choca-se com a densidade simbólica e prática, emocional e social, das fronteiras erguidas pelos vários universos culturais vinculados a drogas específicas.

Entre o uso de maconha e o consumo de cocaína pode haver um abismo. Não por acaso cada uma delas apresenta afinidades eletivas com distintas épocas da história recente. Para explicar essa hipótese interpretativa, cito um trecho de meu livro mais recente, “Tudo ou Nada”⁴⁵. Cito “Tudo ou Nada”:

“O choque entre os extremos, em sua vida, corresponde, na verdade, a uma reacomodação de camadas profundas da história, que seguia seu curso ao apagar, nos dedos *yuppies* que contavam dinheiro, os últimos lampejos dos anos 1960 e dissipar a fumaça inebriante da velha e boa marijuana. Ficavam para trás, num rastro de bosta e cinzas, os cogumelos bucólicos e lisérgicos, e a nuvem cigana de *hippies*, *freaks*, *beatnicks*, *sex-drugs&rock&rollers*, a embriaguês dos sonhos, a bem-aventurança cósmica. Em vez da prometida era de *Aquarius*, semeando a paz e o amor, aportaram no planeta os tempos de cólera, grana e guerra. Novos e paradoxais arcaísmos: voltou a ser bacana o careta conservador. Saiu de moda o pé na estrada e o passo fora do

⁴⁵ Soares, Luiz Eduardo - Tudo ou nada; a história do brasileiro preso em Londres por associação ao tráfico de duas toneladas de cocaína (Nova Fronteira, 2012).

compasso da nova ordem mundial. As viagens perderam encanto; os viajantes, brio e *frisson*. A Odisséia do Ulisses de nossa época pós-hippie passou a ser a navegação virtual do *nerd voyeur* que trocou a experiência pelo google. Tempos agitados, os nossos, que gravitam em torno da grana e abrem alas para a ligação. Maconha e haxixe são drogas contemplativas, que reduzem a velocidade e excitam a sensibilidade musical, visual, gustativa, táctil e erótica. A cocaína é a droga da velocidade e do trabalho. A droga de zumbis travados e brochas insones. O pó não veio para relaxar a tribo durante o recreio da civilização tecnológica, trazendo consigo o parque de diversões e o jardim das infâncias perenes. O pó veio para neutralizar as epifanias sensuais do corpo e os devaneios espirituais. As carreiras da cocaína ligam o sujeito ao fio desemcapado do capitalismo febril”.

* * *

Uma abordagem cultural da problemática das “drogas” nos levaria a pensá-las em suas relações com o imaginário coletivo e os desejos individuais, sob a ótica das dietas e de suas linguagens, ou sob a perspectiva do tabu e da ordem totêmica, ou da circulação de mercadorias, ou ainda sob o prisma da reciprocidade e de sua lógica social. Caberia explorar todos esses ângulos analíticos. Nesse momento, vou me concentrar em outro foco, que envolve as abordagens mencionadas sem reduzir-se a qualquer uma delas.

Numa sociedade dominada pelo mercado, em que tempo é dinheiro e quase todos os objetos e atividades humanas são mercantilizados, a experiência e as diferenças reduzem-se a variações

inscritas em uma só dimensão, como se fossem marcas sobre um contínuo. Esse contínuo é o plano da vida coletiva regido pela moeda. Nesse plano, a espessura do vivido, sua singularidade, é achatada. A tabela monetária opera a conversão entre as unidades comparadas e trocadas. Dinheiro é o comutador universal. Entre uma noite em Casablanca e uma enceradeira pode haver um abismo de sentido. Entretanto, esse abismo dilui-se e a diferença irreconciliável dissolve-se quando valores monetários são atribuídos à noite glamorosa e ao eletrodoméstico. Por serem compráveis, são também intercambiáveis. Representam custos distintos numa escala compartilhada. À variação de preço ficou resumida a diferença. A comparabilidade tornou-se irrestrita, assim como a intercambialidade. E essa tradutibilidade recíproca ilimitada acaba insinuando uma ontologia (uma espécie de condição transcendental), como caução da univocidade. Assim como a linguagem insinua a unidade do mundo, que chamamos realidade.

Claro, sabemos que a linguagem não é espelho da natureza e que a moeda prescinde de metafísica para funcionar. Não é senão um operador imprescindível para que a troca ultrapasse o escambo e a economia supere os muros da comunidade, permitindo a complexificação da divisão do trabalho, maximizando a cooperação e gerando ganhos agergados, potencialmente em benefício de todos. A moeda corresponde à introdução da razão, isto é, da medida. Historicamente, a razão concebeu-se a si mesma, conceitualmente, inspirada na medida, na ideia de medida. Sabemos de tudo isso e ainda assim os efeitos persistem: a ubiquidade da imagem (projetada e pressuposta na cultura) de uma ontologia unitária que neutraliza a diferença e, por consequência, dilui a experiência e a

singularidade. Por outro lado, aprendemos que essa imagem ubíqua (a comutabilidade sem limite, a afirmação da unidade essencial que subjaz à diversidade humana e a dissipação da diferença) transcende o domínio da imaginação ou o universo simbólico: transforma-se na força propulsora da sociedade e na experiência matricial de pertencimento a esta mesma sociedade. A comutabilidade é uma realidade no mundo regido pelo mercado.

Nesse contexto, o indivíduo corre o risco de sentir-se supérfluo e perceber os outros com o mesmo desdém: as coisas e as máquinas trocam-se entre si, emancipadas, autônomas. O ator social, nesse cenário sombrio, vale por suas extensões atuais e virtuais –vale por seu potencial de comprar e vender, isto é, por seu potencial como consumidor e produtor, ou intermediador desse jogo que não cessa. O tempo do indivíduo custa: ele paga para curtir-lo ou o vende para ganhar o dinheiro que lhe permitirá, por sua vez, adquirir objetos ou comprar a fruição gratificante de shows, jogos, férias, viagens ou degustação culinária.

Os pontos remanescentes de fixação apaziguam a ansiedade provocada pela vasta onda que suprime a experiência e neutraliza os sujeitos. Esses pontos são os vínculos afetivos e os gestos autorais –ou criativos--, que fogem aos padrões, aos clichês e às previsões.⁴⁶ Gestos e laços que não cabem na lógica das trocas e que desarrumam a reciprocidade previsível, as rotinas comportadas, as tabelas codificadas, o equivalente

⁴⁶ Há aqui, é verdade, ecos de uma releitura idealista e neo-romântica de alguns postulados do diagnóstico marxista do capitalismo. Contudo, na interpretação que proponho, o império da mercantilização deixa de remeter ao domínio de classe e de evocar a reversão das estruturas econômicas como oportunidade para a redenção.

universal (monetário) e até os jogos de linguagem ordinários. Vejo os laços sociais personalizados sob o modo dos afetos e os gestos inventivos como o âmbito não apenas no qual pode se dar a reinvenção de si –um *self-fashioning*--, se adotarmos os termos de uma estética da existência que o último Foucault redescobriu, mas também como a matéria-prima para o readensamento da vida individual e para a inscrição da diferença, isto é, o estabelecimento das condições de possibilidade da experiência, sem a qual tampouco o Outro aparece.

O que rompe a reciprocidade, desequilibra, fratura a unidade, desafina a gramática da ordem social é o excesso, a intensidade e o que é produzido e apropriado em sua singularidade irredutível, em sua diferença. Não me refiro a transgressão enquanto contraponto incluído na lógica que institui a norma. Exemplo da irrupção da diferença é o perdão, em lugar da retribuição do mal com a vingança. Outros exemplos seriam os mergulhos do sujeito na alteridade, seja por meio da metamorfose, como faz o poeta, segundo Elias Canetti, seja por meio do êxtase místico. Entregar-se a miragens provocadas pela ingestão de plantas sagradas ou a transe induzidos pelo uso de substâncias psicoativas constituem modos de estender a percepção de si e da realidade até o limite da dissipação, contrapartida da simbiose com o mundo, vivenciada, nesses contextos, como seu reencantamento panteísta, mais do que como reificação da subjetividade.

Não digo que essas experiências se equivalham, até porque tenho afirmado que, exatamente por serem experiências no sentido forte da palavra, são singulares e marcadamente

diferentes (das rotinas e entre si). Contudo, a despeito da pluralidade de vias, fenômenos e significados, estamos diante de empreendimentos que, em conjunto, resistem à comutabilidade universal, à mercantilização, à colonização do mundo da vida pelo sistema, como diria Jurgen Habermas. As experiências dignas desse nome são, insisto, pontos de não retorno, irreversíveis, o que as aproxima da problemática do tempo, que é o outro nome da irreversibilidade. A experiência é o tempo, assim como, nesse sentido, tempo é diferença: não há unidade no tempo ou continuidade; somente reiteração (como nos ensinou Derrida), em que se embute ação e risco, incerteza. Mas o tempo a que me refiro é incalculável, não se perde nem ganha. É o tempo que risca o verniz da consciência como estrita e radical irreversibilidade. Tempo liberto do sequestro perpetrado pelos efeitos da domesticação. A domesticação cotidiana do tempo é operada por mecanismos e dispositivos tão diversos quanto relógios e aniversários, agendas e rituais, rotinas institucionais e códigos de conduta a serviço da divisão social do trabalho.

Quem busca substâncias psicoativas talvez esteja à procura de outra química consigo mesmo, de outra química para si mesmo, de outra química em suas relações com o Outro. Talvez esteja em busca da experiência, ou seja, do mergulho na diferença que singulariza. É preciso muita leviandade irresponsável ou muita coragem, a depender de como se dá essa busca e em que condições ela se efetiva. Uma coragem heroica, quase épica, porque não se brinca com fraturas e dissipações. O compromisso com esse

caminho pode condenar o sujeito à afasia, porque aprender a falar de novo (na experiência a linguagem emerge alterada) pode provocar um desaprendizado, desmascarando como tais as convenções e desnaturalizando o mundo social e a vivência de si mesmo. Pode ser doloroso suspender a experiência para voltar a lidar com as rotinas.

Essa busca não deve ser idealizada, porque nem sempre entrega o que promete e pode ser destrutiva, inclusive do ponto de vista dos valores que inspiram o sujeito, como autoria e afeto. Não há garantias e seria tão preconceituosa e empobrecedora a apologia, quanto a estigmatização.

Sugiro que se compreenda a dependência (nesse caso, limito-me ao caso do uso de drogas)⁴⁷ como o curto circuito da busca da experiência, como o curto circuito do desejo de experiência. O sujeito deseja a experiência e a procura recorrendo a práticas místicas, de meditação, de criação estética ou consumindo substâncias psicoativas. Gera para si mesmo um núcleo gravitacional poderosíssimo, que tanto pode incitar o gesto criador e a entrega amorosa, quanto pode aterrorizar, face à perspectiva da perda de controle e da própria dissipação de si –isto é, face à perspectiva de lançar-se à diferença. Lembremo-nos de que a morte é uma das figuras da alteração. A finitude é a outra face da singularidade. A morte é outro nome da irreversibilidade. E a morte assombra os mortais.

Percebendo-se à beira do abismo, precipita-se, na suposição de que já não é possível retornar, depois de ter provado o sabor

⁴⁷ Reconheço na dependência dimensões biológicas, neurológicas, físico-químicas, cujo papel é decisivo, na formação da sintomatologia. Entretanto, não concordo com a redução completa dessa complexa problemática a tais dimensões.

da potência enigmática, mas, sim, é possível saltar no descontrole justamente para controlar a vida, o tempo, a incerteza. O que era disposição para a abertura converte-se em vontade de poder sem freios: *hybris*. Falo em abismo porque a experiência ou é a voragem que energiza ou a iminência insuportável, intratável, inabordável do que não faz sentido, não cabe em narrativas, não é representável, não circula na linguagem dominante das equivalências⁴⁸ e aterroriza. Por que consumir compulsivamente poderia significar controle, vontade de poder sendo exercida, quando, de fato, implica perda de controle e, por isso, dependência? Creio que nada é mais previsível, nenhuma rotina é mais rigorosamente ordenada, nenhum fluxo cotidiano é tão esquadrinhado pelo impulso de controle quanto aquele de quem repete, repete e encena, diariamente, a ingestão da droga cobiçada.

Em vez de compulsão, podemos pensar em recusa à incerteza, ao vazio produzido pela imprevisibilidade do futuro. A repetição circunscreve a potência incontrolável e desestabilizadora do tempo. O uso reiterado é um compromisso com a conservação rígida de práticas.

Concluo, citando trecho de “Tudo ou Nada”, que ilustra a complexidade desse movimento duplo, contraditório, de quem busca a liberdade e se descobre cativo dessa busca, impotente para romper o círculo vicioso desse eterno retorno ao vazio, que atrai e repele, seduz e assombra.

* * *

Cito “Tudo ou Nada”:

“Lukas e sua terceira esposa, Marguerite, mudaram-se

para o Rio de Janeiro. Ele voltava para casa depois de oito anos no mar. Recebeu com alegria a guarda da filha. Em 1990, nasceria seu filho. Tornaram-se, então, um casal como qualquer outro. Ou quase. A diferença relativamente ao modelo convencional continuava sendo o pó e passara a ser, crescentemente, a heroína. Maconha e haxixe constavam do cardápio. Nunca foram excluídos. Mas ocupavam o segundo plano na hierarquia dos desejos. O cigarro era um caso especial. A nicotina sempre foi o veneno mais fiel. Seu lugar jamais seria contestado. Veneno legal tem *status* distinto.

“Lukas recomeçava a vida na grande metrópole com família pra sustentar e sem profissão definida.

“Ele se abrigou numa produtora de cinema cujos sócios eram velhos conhecidos. Cumpria seu horário como todo mundo e fazia hora extra, mas também circulava na rede clandestina onde comprava um pouco de tudo de que precisava, para si próprio.

“A vida em transe tinha graça até um certo ponto, a partir do qual tornava-se monótona, previsível, essencialmente insatisfatória, mecânica, angustiante e depressiva. Alguém tinha de segurar a onda no casal. Alguém tinha de organizar o cotidiano das crianças e pagar as contas. Era Marguerite. Precisava preservar-se do naufrágio que se avizinhava. Era óbvio que se avizinhava. Em algum nível mais sutil de sua mente, ela percebia que o naufrágio inundaria sua vida e arrastaria o casamento para o ralo. A crise se aproximava.

“Quando Lukas abria a guarda e lhe oferecia uma brecha, ela ousava dizer-lhe algumas coisas duras e o alertava. Não queria

48 O “real” de Lacan?

ser cúmplice por indulgência e omissão. Embora reconhecesse que lidava com questões delicadas e penetrava um planeta fortemente defendido: a cabeça de Lukas. Conhecia o arsenal de explicações e racionalizações, e o festival de autoengano com que o marido se iludia. Ele fingia um autocontrole inexistente. Fantasiava e representava uma autoconfiança inexistente. Exalava uma serenidade inexistente. Rondava cabisbaixo o abismo, atormentado pelo tamanho da sombra que projetava. Assombrado pelo que trazia consigo e não era ele. Torturado pelo que, nele, não era ele.

“Ninguém se basta: há o corpo. O corpo e suas extensões: água para beber; alimentos para comer; ar para não asfixiar; espaço para exercitar braços e pernas, pescoço, mandíbulas; luz para realizar o sentido da visão; uma temperatura compatível com a fragilidade da natureza humana; outro ser humano para que a imagem do humano se construa e sirva de espelho. Tudo muda, entretanto, quando adere ao corpo outra fome: a fissura, a dependência. O vício gasta o fogo do desejo fazendo-o arder em vão, até consumir o óleo da vida. Nenhum apaziguamento no horizonte. Nenhum porto à mão. Nenhuma terra à vista. Nem mar, nem país, nem apaziguamento algum. Não há mais nada. Depois do vício não há nada. Enquanto está aí, grudado no sujeito, inseparável de Lukas --seu duplo, irmão siamês, gêmeo de sua fome--, o vício é o que existe, o que há, e é quem manda. A dependência é soberana. É ela quem deseja pelo sujeito. É ela quem fala e sente por Lukas. Ela reina no vasto deserto do

ser. Lukas quer mais. O vício quer mais. Lukas está exausto. Quer dormir. Apagar. Sumir. Evaporar. Lukas está saturado. Esgotado. Estafado de tudo. Sobretudo de si mesmo. Exausto da vida. Lukas quer morrer.

“A noite anterior atravessou acordado, vigilante como um porteiro diligente. Vigilante para evitar que alguma janela se abrisse e alguma ideia forte de mudança o derrubasse no contrapé, num momento de fraqueza. Uma ideia à qual o impulso vital o fizesse agarrar-se. O dependente é antes de tudo um conservador. Luta por todos os meios e com toda a energia contra o canto de sereia da mudança. Outra noite insone, outro dia perdido. Lukas se arrastava quando não dormia. A experiência mais dolorosa, embora rotineira, era cheirar a última carreira de cocaína com o dia amanhecendo, consciente de que não haveria tempo para relaxar e dormir quando o efeito declinasse. Pelo contrário, coincidiriam os fusos horários: a curva descendente da excitação artificial cruzava a curva ascendente das obrigações profissionais no ponto crítico. A consequência era a seguinte: a noite passava o bastão para o dia transferindo-lhe um baixo astral pesado e o cansaço cósmico, justamente quando o dia demanda energias recompostas da noite finda.

“Lukas arrastava asas negras como quem traz a sombra na coleira. Chorar, não chorou. Coisa tão rara, Lukas chorar. Mas era como se chorasse. Como se chorasse copiosamente, torrencialmente, vertendo rios e mares, inundando a cidade. Até que alguém o avistasse na ilha que se formava sob seus pés e lhe lançasse uma balsa ou pelo menos lhe acenasse.

“Foi o que aconteceu. Exatamente.

“Ele se sentara num dos bancos de pedra na marina da Glória. Volta e meia fazia isso, na hora do almoço. Comprava um sanduíche e ficava ali, contemplando o mar, os iates, os barquinhos menores, os veleiros. Namorava a ideia da navegação e do veleiro todos os dias, mesmo sabendo que não fazia sentido. Tinha os filhos, amava os filhos. Se não fosse por mais nada, que fosse pelos filhos. Eram a âncora e ele prometera a si mesmo que não trairia o amor que sentia por eles, nem o amor que ambos lhe devotavam. Era pai, afinal de contas. Isso é o que ele era. Aguentaria firme o rojão. A onda mais cedo ou mais tarde, de algum modo, passaria. Viria outra, noutra maré, com ventos diferentes e seu destino engataria numa rota mais feliz.

“Mas angústia teimava em sepultar a esperança. Não se tratava de ideias contra ideias. Nada era mental, naquele momento. A angústia era um movimento físico no esôfago, que se espalhava para a traquéia e o fazia engasgar. Se não se levantasse e respirasse fundo, erguendo o maxilar, asfixiava.

(...)

“Os dois meses seguintes seriam cruciais. Desceu as escadas do iate, passou à plataforma, ganhou a terra firme, caminhou pra fora da marina da Glória e um lampejo feliz o salvou da angústia devastadora. Cem dólares não fariam falta, qualquer que viesse a ser sua decisão crucial, depois dos sessenta dias cruciais. No bolo de cinco mil, a cédula de cem lhe subtrairia dois por cento do montante. Não era nada, quase nada, e o levaria ao paraíso. Mesmo que a visita fosse

breve e a aterrissagem, acidentada. Cada dia, sua agonia. Na aterrissagem pensaria na aterrissagem. Além do mais, pior do que estava não ficaria. Supôs. Pôs-se em marcha, à cata de pó e heroína. Eram quatro e meia da tarde. A noite lhe traria recompensas pelo dia infernal. Os ratos fazem a festa, enfim. Os ratos também amam. Pronunciou, baixinho, estas frases de péssimo gosto, engolindo o riso, e arrependeu-se. Temeu a cólera dos deuses. A vingança dos elementos.

“Naquela noite, regalou-se. Cheirou à farta, picou-se, arremessou longe as dívidas contraídas com seu futuro, sepultou promessas que fizera a si mesmo no momento de fraqueza –ou de força--, e enfiou com gosto o pé na jaca. Deixou-se cair mais fundo no buraco em que se metera.

“Os dias seguintes não foram bons. Como previsto, a aterrissagem foi dura. Lukas fez um esforço titânico para safar-se do redemoinho: “mais droga para suportar seus efeitos”. Ponderou as opções. Cinco mil, quer dizer, àquela altura, uns quatro mil e oitocentos dólares, mais ou menos. O que fazer? Acender uma noite no fogo da outra, até queimar o último neurônio?; ou resignar-se ao monastério sul-africano, à remissão dos pecados, a um projeto razoável de vida?”

* * *

Tomei a liberdade de citar um trecho tão longo porque acredito que assim ilustro com mais clareza de que modo a busca pela experiência pode degradar-se em dolorosíssima obsessão pelo controle do tempo, em compulsão pela administração da incerteza. O corpo a corpo com o risco da mudança, da

metamorfose, da alteração, provoca angústia visceral ao evocar a figura assustadora da finitude. O ímpeto de domesticar o futuro, de colonizá-lo emulando o passado, abole o repouso, a entrega. O protagonista não se rende nem mesmo ao sono, embora inteiramente exaurido. Sua vigília dá testemunho do terror suscitado pela irreversibilidade e a indeterminação. O futuro enquanto abertura ao desconhecido precisa ser exorcizado. Lukas amarra uma ponta a outra da corrente em que se aprisiona até o limite de acender uma noite no fogo da outra.

Descrever essa desventura do espírito apenas como manifestação de uma patologia explicaria seus efeitos e a impotência para reverter o cativo auto-impingido, mas manteria à sombra o frêmito subliminar que vibra, incitando a grande navegação do personagem em busca da experiência.

Lei e ordem no campo álcool e drogas: da segurança à saúde

Autoras

Maria Alice Bastos Silva

Doutoranda do Programa Ciência do Cuidado em Saúde. Escola de Enfermagem. Universidade Federal Fluminense. Membro do núcleo de estudos e pesquisa em gestão e processo de trabalho em saúde/CNPQ e do observatório de políticas públicas microvetorial em saúde e educação, na UFF. E-mail: malicebs81@gmail.com

Ana Lúcia Abrahão

Professora Titular da Universidade Federal Fluminense. Coordenadora do núcleo de estudos e pesquisa em gestão e processo de trabalho em saúde/CNPQ e do observatório de políticas públicas microvetorial em saúde e educação, na UFF. E-mail: abrahaoana@gmail.com

Sumário

A exclusão social do usuário de drogas está relacionada ao fracasso no cuidado, e é resultado do seu comportamento antissocial ou criminoso. Uma dinâmica que movimenta setores da sociedade na produção de leis e mecanismos discursivos. O presente artigo visa analisar a construção e implementação da Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas – (PAIUAD) do Ministério da Saúde de 2004. Através da experiência genealógica, buscamos fontes que nos deram pistas e pistas que nos apontaram fontes produtoras de valores, desconhecidos até então. A partir da análise da política, sobre drogas, as fontes nos indicaram valores morais pautados fortemente no proibicionismo, que reproduzem mecanismos como internação e aprisionamento de pessoas, sobre seus direitos, sobre a vida. Pontos que se encontravam turvos, longe de nossas vistas e são relevantes na construção do conhecimento e busca de respostas à questão da exclusão.

Palavras-chave

Exclusão social, Política Pública, Drogas, Cuidado.

Lei e ordem no campo álcool e drogas: da segurança à saúde

Maria Alice Bastos Silva

Ana Lúcia Abrahão

Análise de políticas é um termo genérico e que engloba diferentes técnicas e ferramentas de estudar a construção e aplicação de políticas (Collins, 2005). No Brasil as análises de políticas públicas de saúde vêm se consolidando, com estudos que apoiam a construção e a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). Um movimento, favorecido pelo processo de descentralização das ações de gestão, financeira e política no campo da saúde.

Nesta arena das diferentes políticas que são inauguradas e implementadas no setor saúde, optamos por enfrentar a problemática da construção de políticas no campo de álcool e drogas, a partir de planos de conhecimento que nos remetam a diferentes experimentações. Planos que podem vir a construir uma obra, sem perder de vista a estética, na medida em que a produção do conhecimento possa se dar, da vista sobre o ponto de diferentes modos. Um dos modos que optamos, toma como eixo a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas – (PAIUAD) do Ministério da Saúde (MS) de 2004.

A PAIUAD faz parte das políticas públicas de saúde, em que são recorrentes as análises clássicas que produzem um elenco de críticas, que buscam descrever e explicar a gênese e

o desenvolvimento de políticas, isto é, determinar como elas surgiram, como foram implementadas e quais os seus resultados. Como decorrência indicam soluções prescritivas, com pouca margem para críticas sobre os atos e efeitos em que são instituídos.

Escolhemos partir de outros pontos, que possam implicar reconhecer as diferentes possibilidades sobre a construção de políticas, que não se limite por regras metodológicas óbvias. Um movimento anárquico que provoque o que está estabelecido previamente como verdade, que coloque em suspensão o instituído.

Nessa perspectiva recorreremos à literatura do campo de álcool e outras drogas; as leis, decretos e portarias circunscritas na arena da saúde e por fim buscamos inspiração estética em autores do campo da saúde coletiva brasileira. Os planos que traçamos não estão acabados, mas em construção, podendo ser transformados no processo de leitura deste texto.

Plano das Leis e da Genealogia

Há um conjunto de materiais no campo de álcool e outras drogas que nos aponta e marca, uma demanda mundial, para construção de fóruns de discussão sobre o tema. No Brasil, esta produção se desdobra em agendas governamentais a partir de uma ampla produção de evidências científicas, construídas sobre o mesmo patamar de combate e controle no uso das drogas. E é nesta direção que iniciamos o plano das Leis e da Genealogia.

Neste plano, segundo as Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), [...] em 2015, cerca de 250 milhões de pessoas

usavam drogas. Dessas, cerca de 29,5 milhões de pessoas - ou seja, 0,6% da população adulta global - apresentaram transtornos relacionados ao consumo de drogas, incluindo a dependência. Os opioides apresentam os maiores riscos de danos à saúde entre as principais drogas, e representam 70% de impacto negativo da saúde associado aos distúrbios do uso de drogas em todo o mundo. O relatório ainda aponta que um número considerável de usuários de drogas continua a perder suas vidas prematuramente em todo o mundo, estimando um total de 187.100 mortes relacionadas às drogas em 2013.

O movimento mundial de combate e controle do uso abusivo de drogas reverbera na esteira do processo de redemocratização brasileira em que o Ministério da Saúde, no primeiro governo Lula⁴⁹ criou, entre as agendas prioritárias, a PAIUAD, com ênfase na reabilitação e reinserção social. O discurso que faz parte dessa agenda, foi elaborado a partir de enunciados originados e predominantes do campo da saúde, e dos direitos humanos. Enunciados que se manifestaram de diferentes formas, no jogo das relações de poder e disputas entre os atores, na busca de afirmar a ampliação e institucionalização do SUS.

A produção de conhecimento no âmbito nacional, seguiu construindo formas alternativas de análise sobre política, pois é evidente a lacuna no campo do conhecimento a este respeito. A maioria se construiu em estudos que se limitam em apontar as

49 No primeiro governo Lula (2003-2007), foi proposto um amplo projeto de governo com mudanças relevantes para os planos econômico, político e social. No campo do SUS a saúde mental se tornou uma agenda que contribuiu para a perspectiva do combate à exclusão social e o fortalecimento da participação social pautando-se nos princípios do Sistema de Saúde.

possibilidades e fragilidades das políticas, revelando a ausência de alternativas de compreensão sobre o cuidar da vida do outro e de si. Repercutindo drasticamente no entendimento do cuidado, e consequentemente nas histórias das pessoas no campo da saúde e em particular, as pessoas que sofrem de transtornos mentais devido ao uso de álcool e outras drogas.

Ao buscarmos alternativas para elaboração de novas vistas sobre o ponto da PAIUAD, continuamos na construção deste plano, tomando os atos normativos como um assunto que constitui o campo da política nacional. Para tal, optamos por nos aproximar do campo da Genealogia com a expectativa de construirmos este plano a partir de experimentações como aponta Foucault (2014), “chegar a uma análise que possa dar conta da constituição do sujeito na trama da história [...] que dê conta dos saberes, dos discursos, dos domínios”.

Nesta construção inspirada na genealogia, ao acessar os estudos publicados no campo da Política Álcool e Drogas, buscamos identificar quais os valores que constituem o discurso e, os mecanismos de enunciação das leis entre outros documentos.

Foucault (2009) assinala que, o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo porque e, pelo que se luta, o poder do qual nós queremos nos apoderar. Logo, fomos convocados a nos implicar e nos reconstruir enquanto pesquisadores no campo do biopoder, do poder sobre a vida, nos experimentando enquanto genealogistas.

Para tal, recorreremos a Peter Pál Pelbert (2011), que nos deu algumas pistas para constituição do campo de análise e

consequentemente novas fontes sobre as forças que sustentam os mecanismos discursivos na atualidade. O autor, ao dialogar com Foucault atribui à noção do biopoder, o poder que se destina a “produzir forças e as fazer crescer e ordená-las, mais do que barrá-las ou destruí-las. Gerir a vida, mais do que exigir a morte. E quando exige a morte, é em nome da defesa da vida que ele se encarregou de administrar.” (Pelbert P.P., 2011).

O biopoder se reveste na história de diferentes formas, com diferentes faces e para nosso estudo, nos interessa trazê-lo dando visibilidade aos mecanismos disciplinares e da biopolítica, e que se reconfiguram no campo das drogas. O regime disciplinar que busca o controle do corpo ora máquina, ora sujeito assumindo, assim uma anátomo-política visando o controle do corpo social, como o saber da medicina que o apreende como espécie, enquanto população no regime biopolítico.

Sobre este plano, destacamos, dois regimes de verdades, o disciplinar e o biopolítico, que segundo Emerson Merhy⁵⁰, se entrecruza no processo histórico de forma não linear. São regimes não marcados por uma temporalidade física, em que os regimes se interpõem. O que nos leva percebê-los a todo tempo, compondo os diferentes mecanismos discursivos da saúde mental como também, em diferentes dispositivos de garantia de direitos como na justiça, na assistência social, na saúde e na educação.

Tanto o regime disciplinar quanto o biopolítico operam e vem a tona no exercício genealógico proposto sobre as leis (ao

50 Fala proferida no encontro dos pesquisadores do Observatório de Micropolíticas na UFRJ/RJ em agosto de 2018.

final do texto), e deu vista ao ponto sobre alguns episódios sobre a construção da PAIUAD. Mas, que quando revisada aponta mecanismos de enunciação como, “mecanismos de poder são parte intrínseca de todas essas relações, são circularmente o efeito e a causa delas” Foucault (2008, p.134)

A produção do plano das leis na perspectiva da genealogia nos levou à experiência dos acontecimentos que se tornaram marcos dentro e fora dos enunciados das leis. Pontos sutis para produção de eixos relevantes, singulares, que se entrecruzaram, na construção de redes de difíceis manejos nas tramas que constitui o campo da política sobre drogas.

Deste modo aconteceram idas e vindas sobre os pontos, explorando no detalhe, entre eles, valores morais e religiosos, que apostamos constituir os diferentes planos da obra e que resultam outra estética para análise sobre a política.

O primeiro movimento enquanto genealogista foi olhar para dentro da PAIUAD buscando pistas sobre fontes relevantes na trilha dos valores que sustentam as propostas dos diferentes atores que sustentam o discurso sobre política no campo das drogas.

A PAIUAD se constituiu através de valores considerados fundamentais para configuração dos enunciados da gestão na esteira da redemocratização do Brasil: o social, o combate à pobreza, a redução das desigualdades e a expansão de direitos para grupos específicos da população em situação de maior vulnerabilidade (indígenas, quilombolas, ribeirinhos, negros, mulheres, entre outros); com o fortalecimento do debate democrático e da participação social, com objetivo de

proporcionar um novo modelo de desenvolvimento, político, social e econômico.

O Ministério da Saúde (MS), deu ênfase à intersetorialidade, na formulação da PAIUAD, apostando no debate transversal, associado a diferentes setores, saúde, justiça, educação e desenvolvimento social.

O MS investiu na intersetorialidade e na intrasetorialidade, através de mecanismos de controle social, com o objetivo de compor a integralidade das ações articulando parcerias entre movimentos sociais, sociedade civil, universidades que propiciassem o implemento dos enunciados do SUS. Nesse sentido há uma definição de papéis, como ressaltado no trecho abaixo, entre os setores do governo.

[...] a formulação de alternativas de sustentabilidade e de financiamento das ações; o repasse das experiências relativas às iniciativas de descentralização, da desconcentração de atividades e de responsabilidades obtidas por estados e municípios; processos de formação e capacitação de profissionais e de trabalhadores de saúde, com amplo investimento político e operacional para a mudança de conceitos (MS, 2004, p. 25).

Uma das propostas do MS no âmbito internacional foi, a época, fomentar o diálogo com organismos, instâncias pertinentes como, universidades, centros de pesquisa, entre outras, visando a cooperação, técnica científica e financeira. Desse modo, o MS pretendeu imprimir a lógica da transversalização, para que haja a ruptura com os modos rígidos de lidar com a problemática, cujo entendimento se restringe à disputa de saberes, sobre como tratar, na maioria das vezes relacionando o uso de drogas às questões de

comportamento antissocial ou criminoso. Incluir novos olhares e novos dispositivos na construção de intervenção, foi uma das estratégias na construção da política de álcool e drogas.

Diante dessas propostas colocadas, problematizamos a real possibilidade de ruptura, pois identificamos valores conservadores, que reforçam a importância dos especialistas, o poder-saber, entre pares, na contra mão dos objetivos expostos. O MS (2004) ao criar o serviço especializado, centro de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPSad) atribui a ele algumas responsabilidades como, ser ordenador da rede do município em relação a temática álcool e outras drogas, ser responsável por organizar a rede local de serviços descritos nos itens a seguir: “são a porta de entrada da rede de atenção a usuários de álcool e drogas, em sua área de atuação; Quando o gestor local indica a unidade para coordenar as atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas; Devem ainda supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental, no âmbito de seu território; Devem também manter listagem atualizada dos pacientes que, em sua região de abrangência, utilizem medicamentos para a saúde mental.

No campo das disputas entre os saberes o MS (2004) junto a PAIUAD é incluído à redução de danos como estratégia de cuidado. Uma abordagem que se afirma como clínico-política, e deve se dar como ação no território, intervindo na construção de redes de suporte social: “[...] avançar em graus de autonomia dos usuários e seus familiares, de modo a lidar

com a heterogeneidade e, [...] usando recursos que não sejam repressivos, mas comprometidos com a defesa da vida”.

O estudo da dinâmica interna da PAIUAD entre os pontos acima elencados, nos chamou atenção em relação a alguns acontecimentos anteriores, a implementação das diretrizes da PAIUAD que orientaram e sustentaram sua implementação, a lei nº 10216 instituída em 6 de abril de 2001 e a III Conferência de Saúde mental do mesmo ano – III CSM. (MS, 2004)

Ao redor e internamente, no campo da saúde de modo geral, no governo LULA se desenvolveu um amplo debate, uma dobra da Reforma Sanitária, da política do SUS e da Constituição Cidadã, como destaca Feuerwerker (2016), um movimento capaz de articular a luta pelo direito à saúde com a luta democrática. Multiplicidade, heterogeneidade, vizinhança, diálogo, acordos. Certo modo de produzir política. Produção de um comum a partir da diferença. (Feuerwerker, 2016, p. 73)

No que se refere ao interior do campo da saúde mental, este primeiro levantamento das leis, portarias e diretrizes do campo de álcool e outras drogas, com a promulgação da lei nº 10.216 de abril de 2001, serviu como fonte para a maioria dos atos normativos instituídos nos anos seguintes, como a própria PAIUAD, que se referem à lei como fundamental e responsável pela implementação de uma política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas. (MS, 2004)

Diante dessas afirmações, fomos movidos a conhecer alguns documentos referentes a III CSM. Pontos de tensão aparecem nos enunciados, como também através das discussões

calorosas que ocorreram nas plenárias e corredores. Fomos testemunhas, pois participamos deste evento, e estivemos presente nos momentos de disputas por votos dos delegados e seus diferentes interesses.

Podemos testemunhar⁵¹ o quanto esta conferência foi um exercício de participação. Ela foi realizada em dezembro de 2001 em Brasília. As etapas preparatórias congregaram mais de 23.000 pessoas. Contou com 1.480 delegados. Havia representação dos movimentos sociais, profissionais de saúde, usuários e de seus familiares (Brasil, 2001)

Neste breve desenho, verificamos que esta conferência se tornou fonte para vários documentos como atos normativos da saúde mental, álcool e drogas e possibilitou dar voz aos movimentos que constituem uma das correntes da reforma psiquiátrica, “por uma sociedade sem manicômios”, no bojo do processo de desinstitucionalização. (Brasil, 2001)

Nessa dinâmica, e na construção dos planos, destacamos que a experiência do caminhar genealógico nos provoca realizar desvios, como essa breve incursão sobre a III CSM, mas também nos levou a investir com maior atenção aos mecanismos de enunciação da lei nº10.216, pois ela instituiu valores morais e preconceituosos que se clarearam no plano de análise das disputas presentes nesta produção do comum através das políticas.

51 Maria Alice B. Silva, como militante da Reforma Psiquiátrica esteve na III Conferência de Saúde Mental a frente da Oficina de reabilitação psicossocial pelo trabalho do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro no ano de 2001. A proposta era a venda dos cadernos IPUB junto aos usuários vendedores e também delegados da conferência.

Lei 10.216 produzindo novos territórios

Esta lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental e conseqüentemente o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. Garante a universalidade de acesso e direito à assistência, integralidade, e valoriza a descentralização. (Brasil, 2001)

Até ser promulgada a lei nº10.216, era conhecida como “lei Paulo Delgado”. Ela tramitou no congresso por 12 anos. O projeto original foi posto em pauta em 1989, pelo deputado Paulo Delgado (PT/MG), e foi sancionado por presidente Henrique Cardoso e o ministro da saúde, José Serra.

Lima (2009) destaca neste cenário que o presidente Fernando Henrique e José Serra, na gestão de 1998 a 2002 buscavam aliados para disputarem o processo eleitoral. Portanto produziam um discurso democrático e atos normativos que agradavam a “gregos e troianos”. Eles seguiam as orientações, por exemplo: estratégias proibicionistas, em sua maioria dos Estados Unidos da América junto a Organização das Nações Unidas, mas também implementavam políticas que acolhiam as manifestações de movimentos ligados aos direitos humanos.

Os desdobramentos da lei nº 10.216 se deu através da seqüência de atos normativos estaduais que se estruturaram antes, durante e depois da lei, e implicou em um processo de aparente mudança na estrutura assistencial de algumas redes de

saúde mental, mas em relação aos direitos no exercício de sua cidadania, não fica claro qual é a proposta.

Ampliamos a leitura sobre os atos normativos dos estados, e verificamos que em 2002 haviam oito estados onde os políticos/gestores conceberam leis no intuito de transformação dos dispositivos da assistência, reestruturação dos hospitais psiquiátricos e criação de novos dispositivos ambulatoriais como centros de atenção psicossocial (CAPS), residências terapêuticas e hospitais-dia como veremos a seguir. (Brasil, 2002)

A lei nº 5.267, de 7 de agosto de 1992, do Espírito Santo, dispõe sobre direitos fundamentais das pessoas consideradas doentes mentais e dá outras providências. Art. 4º Será dada prioridade de recursos orçamentários, materiais e humanos, para o tratamento do paciente em: I - ambulatorios; II - centro de convivência; III - centros de atendimento psicossocial; IV - oficinas protegidas; V - lares protegidos; VI - hospital-dia; VII - hospital-noite; VIII - unidades psiquiátricas em hospital geral; IX - serviços de internação parcial; X - programas de saúde mental nos diversos serviços de saúde. (Brasil, 2002)

A lei nº 12.151, de 29 de julho de 1993, do estado do Ceará, dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamenta a internação psiquiátrica compulsória, e dá outras providências. (Brasil, 2002)

A lei nº 11.802, de 18 de janeiro de 1995 de Minas Gerais. Dispõe sobre a promoção de saúde e da reintegração social do portador de sofrimento mental; determina a implantação de

ações e serviços de saúde mental, substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a extinção progressiva destes; regulamenta as internações, especialmente a involuntária, e dá outras providências. (Brasil, 2002)

Ao analisarmos os valores que orientam mecanismos discursivos que estruturaram as normativas estaduais como as anteriormente citadas, se fez visível os valores morais/conservadores que buscam garantir que os mecanismos de controle sobre a liberdade do usuário fossem firmados.

Liberdade como direito segundo os movimentos da reforma psiquiátrica / antimanicomial, o que nos leva a crer influenciou na garantia dos direitos dos usuários para a transformação das estruturas como as hospitalares, antes e depois da lei nº 10.216. Mudanças que incluísse uma outra ética, da inclusão do usuário, que promovesse a elaboração de uma nova estética para o campo do cuidado.

Ao pesquisarmos sobre a lei estadual do Espírito Santo verificamos que os direitos citados se restringiram a reestruturação das modalidades de internação. No Distrito Federal, Paraná, Minas Gerais, Pernambuco, os direitos foram reconhecidos e mencionados como fundamentais, mas sem grandes desdobramentos (Brasil, 2002).

O estado de Minas Gerais, no espaço entre 1995 e 2002 realizou duas alterações em suas portarias, avançando para outra configuração, outra estética. Nestas portarias o trabalho intersetorial, está descrito com riqueza de detalhes, bem como os tipos de internação. Nestes atos é possível também identificar

a participação das associações representantes dos usuários nos conselhos de forma paritária. As alterações dos atos normativos se detiveram nas internações compulsórias, mas isso não deixou de dar destaque à participação de atores implicados no movimento de reforma. (Brasil, 2002)

O estado do Rio Grande do Sul chamou nossa atenção, por ter sido nomeada como a Lei da Reforma Psiquiátrica no Estado. Nessa lei observa-se que a garantia de direitos está restrita aos diferentes modos de internação, ao espaço limitado do enclausuramento (Brasil, 2002)

Entendemos como necessário este movimento de sair do espaço restrito as leis federais e começarmos a olhar para fora do mapa, ampliando as vistas e agregando diferentes análises sobre o processo das elaborações das políticas. Compartilhamos com a afirmação de Abrahão (2016), sobre o processo de instituição da lei 10.216 que coaduna com o processo de outros atos normativos do mesmo cenário.

Neste movimento, inauguram-se novas propostas de programas, diretrizes e novas práticas no campo da saúde. [...], não nasceu como algo exclusivamente pensado pelo ou a partir do Ministério da Saúde e sim como fruto de experimentações de profissionais e gestores, justamente na tentativa de construir oferta [...] cuidado que atendesse às necessidades dos usuários, na dinâmica micropolítica, de garantia de acesso, responsabilização e vínculo. (Abrahão, 2016, p.211)

A partir desses elementos soma-se um ponto a considerar, que a Lei 10.216 teve sua importância. Mas se faz necessário outros atos normativos para disparar a produção de políticas que

sustentam a Instituição SUS, em que o instituinte e o instituído se entrelaçam no movimento das forças micropolíticas produzindo novos territórios e por vezes se desterritorializam completamente na busca de uma nova estética para o campo da saúde.

Da segurança à saúde: novas visibilidades, produzindo outras estéticas?

Entre idas e vindas sobre os planos que mapeamos os atos normativos e a literatura, optamos por dar destaque à lei 10.216 produzindo algumas vistas sobre um ponto. Elementos que consideramos importante, para dar visibilidade ao direito dos usuários de drogas.

Nossa estranheza nesta construção centra-se na produção de múltiplos mecanismos de controle sobre o que sabemos fazer muito bem, internar, aprisionar pessoas, como modo de cuidar na saúde mental. Ações que estão contidas nos enunciados que tomam a direção de construção de direitos. Reconhecemos que os nossos discursos avançam, mas, a prática está cristalizada e promove diferentes mecanismos de controle através das políticas, que não são restritas ao campo da saúde, mas está presente no discurso jurídico, do desenvolvimento social e da educação, entre outros. Continuamos em nossa zona de conforto multiplicando dispositivos de controle.

O tema da internação e suas múltiplas facetas foram pouco visto? Era necessária maior atenção? Os enunciados que deram forma aos atos normativos estaduais apontam mecanismos

de garantia dos direitos, mas também diferentes modalidades de aprisionamento, o que evidencia disputas, discursos nebulosos, contraditórios, pontos tensos problematizados e protagonizados por uma minoria. Minoria ligada aos direitos humanos e que busca problematizar os novos atos normativos mais especificamente em relação à privação de liberdade. “Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento”. (Brasil, 2001)

Ampliando a visibilidade sobre a posição ambígua do governo Fernando Henrique Cardoso em relação ao tema das drogas, destacamos a criação da Secretaria Nacional Antidrogas, através da medida provisória nº 1.669/1998. Esta secretaria tem status de Ministério, diretamente ligada à Casa Militar da Presidência da República, Conselho Nacional Antidrogas, o que reforça a prioridade que o tema merecia, mas também, atualizando à dimensão repressiva e de controle dos corpos.

Com o Decreto nº 3.696/2000, a SENAD e o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) passaram a integrar o Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, ao lado da Agência Brasileira de Inteligência (ABIN), Subchefia Militar e Secretaria Nacional Anti-drogas (1998), Acompanhamento e Estudos Institucionais, bem como foi instituído o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD). Lima analisa esse tipo de escolha para a ancoragem institucional da coordenação da política pública para a área das drogas, justamente no núcleo mais duro da segurança, o que trouxe desafios importantes

para aprofundar as posições mais emancipadoras dessa pauta pública. (Lima, 2009, p. 308)

A autora aponta também que na primeira década de 2000, coube a SENAD desenhar uma política nacional sobre as drogas que articulasse forças hegemônicas repressivas no combate as drogas.

No campo das disputas e dos discursos nebulosos no campo de álcool e outras drogas a Secretaria Nacional Antidroga era um dos atores que através de articulações entre, a Associação Brasileira de Psiquiatria-ABP, a Associação Médica Brasileira - AMB, o Conselho Federal de Medicina-CFM e Federação Nacional de Médicos - FENAM, entre outras instituições nacionais e internacionais, produziram mecanismos discursivos, dentro e fora do MS e que ainda promovem e formulam enunciados para implementação de políticas públicas no campo da saúde mental.

Forjou-se nesses territórios mecanismos para a política pública nacional sobre drogas, em permanente tensão entre os atores. Uns articulam a hegemônica força do aparato repressivo-militar para “combater” o problema das drogas, utilizando os mecanismos do campo do saber, mais presente a medicina/psiquiatria, Ministério da Saúde tencionados pelo discurso dos e atores periféricos, como religiosos e os movimentos sociais, que tomam por base o discurso dos direitos humanos. Este último enunciado eram e são silenciadas, na sua maioria a partir de políticas sociais não afeitas as ações que reivindicam direitos como, liberdade de expressão, ao uso de drogas, o não a homofobia, ao pré-conceito de cor, gênero, entre outros.

Na esteira dessas reflexões se faz oportuno agregar a essas considerações outra noção também contemplada por Pelbert, P.P (2011), a noção de racismo, um mecanismo introduzido pelo biopoder, fundamental para o funcionamento do Estado. Racismo entendido como, um corte entre o que deve viver e o que deve morrer [...] (a morte do outro, da raça ruim, inferior, degenerada, é o que vai deixar a vida em geral mais sadia, mais pura); trata-se de eliminar, não os adversários, mas os perigos, em relação à população e para a população.

Se a vida foi tomada pelo poder como objeto político, ela também foi revirada contra o sistema que tomou seu controle. “É a vida muito mais que o direito que se tornou o verdadeiro campo das lutas políticas, mesmo se estas se formulam através das afirmações de direito.” (Pelbert P.P. 2011, p.39). O que faz todo sentido ao produzirmos leis e instituições que predominantemente reforçam o controle do Estado em detrimento aos direitos dos usuários.

Como efeito, detectarmos fontes com base em valores morais, racistas na lei 10.216, entre as outras políticas da saúde mental/álcool e outras drogas, algo nebuloso em relação à defesa aos direitos dos usuários o que nos leva perceber esta outra importante pista para continuarmos nosso estudo.

O caminho que segue e que nos leva a novas fontes e novas visibilidades, sobre o direito do usuário, e o direito à vida, ao corpo, à saúde, à felicidade, à satisfação de todas as necessidades. A politização da vida se coloca como um evento decisivo para modernidade.

Giorgio Agamben em Pelbert. P.P. (2011) utiliza um importante conceito, Vida nua, como resultado da cisão que o poder opera entre fatos da vida e formas de vida. Vidas que na contemporaneidade estão em permanente, “estados de emergência” que ele se encarrega de administrar, em nome da defesa da vida sobre a qual pensa ter direito.

O autor aponta o “estado de emergência” tem como fonte o campo da bioética atravessada pela concepção biológica da vida. É nesse contexto da modernidade que a medicalização em toda esfera da existência, as representações pseudocientíficas do corpo, da doença, da saúde, tidas como expressões de poder sobre a vida nua, e sobretudo da redução das formas de vida ao fato da vida. A vida como fato está submetida ao poder e este por sua vez julga-se no direito de separá-lo das formas de vida. (Pelbert. P.P., 2011, p.42).

Trazendo para nossa análise este apontamento nos faz interrogar até que ponto estes mecanismos de enunciação das políticas sobre o campo de álcool e outras drogas contribuem para expressões de domínio da vida nua? Como exemplo: Decreto nº 7.179, de 20.05. 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Como coloca Agamben (Pelbert. P.P. 2011) vivermos permanentemente o “estado de emergência”. A partir de decretos como o acima citado, a vida nua se torna norma com o respaldo de duas faces do poder predominante no campo das drogas, o jurídico – institucional e o biopolítica e suas facetas, como regimes de verdade.

Conclusão: abrindo outras possibilidades de diálogo no campo do álcool e drogas

Sobre os planos que traçamos neste texto, cabe ainda algumas perspectivas que não tratamos aqui, mas que é possível dada a construção que fizemos, reconhecer pontos para novas vistas sobre a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas.

A questão sobre o regime de verdade que opera de forma decisiva, nos planos que traçamos, vale tomar Toni Negri (Pelbert. P.P., 2011) e seus parceiros, para nos acompanhar neste processo, pois no livro *Império*, o autor desenha uma nova estrutura de comando como parte integrante da pós-modernidade. Em uma sociedade de controle, em que o contexto da biopolítica se configura através de várias características, sem limites de fronteiras, invade a vida das populações, nos seus corpos, mentes, desejos e afetos, características que hoje configura o capitalismo globalizado, através de mecanismos flexíveis, difusos, sem necessariamente passar por instituições.

Neste caminho, Pelbert P.P. (2011), lida com a questão do poder nas sociedades de controle na pós-modernidade, dando maior visibilidade as novas configurações do poder, ele “não é apenas repressivo, restritivo, punitivo, mas ele se encarrega positivamente da produção e da reprodução da própria vida na sua totalidade”. (Pelbert P.P., 2011, p.58)

Neste contexto há outros entendimentos sobre a biopolítica, que passa ser positivada em que não mais se limita

a pensar que este seria o poder sobre a vida e sim a potência de vida. Conceito que nos muito nos interessa aprofundar, pois vem ao encontro do que desejamos na busca por novas estéticas. Dar forma com palavras sobre as linhas de fuga, resistência, das minoras, dos atores redes, principalmente aqueles que circulam no campo dos direitos humanos. Pois de acordo com os autores que desenvolvem a noção sobre biopotência (potência de vida), ela atua sobre o corpo multidão, fonte para o capitalismo, mas também formas de resistência.

Portanto, prosseguiremos na construção de uma análise da política, sobre drogas (internação e aprisionamento de pessoas), sobre direitos, sobre a vida, continuando esta experiência genealógica, buscando fontes que nos dão pistas e pistas que nos apontam outras fontes produtoras de valores, desconhecidos até então. Pontos que se encontram longe de nossas vistas e são relevantes para construção do conhecimento.

Bibliografia

- Abrahão ALM, Gomes MPC, Chagas MS, Costa MA, Santos NLP, Freire MAM, et al. O pesquisador, o objeto e a experimentação: a produção do conhecimento in-mundo. In: Feuerwerker, LCM, Bertussi DC, Merhy EE (organizadores). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 210-24.
- Collins T. Health policy analysis: a simple tool for policy makers. *Public Health* 2005; 119(3):192-196.
- Bennett S, Corluka A, Doherty J, Tangcharoensathien V, Patcharanarumol W, Jesani A, Kyabaggu J, Namaganda G, Hussain AM, de-Graft Aikins A. Influencing policy change: the experience of health think tanks in low and middle income countries. *Health Policy Plan* 2012; 27(3):194-203

Brasil, Casa Civil - 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.

_____. Presidente da república. Decreto nº 3.696, de 21 de dezembro de 2000. Brasil. Brasília: Presidência da República Casa Civil; 2000.

_____, Casa Civil - 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.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Legislação em saúde mental 1990-2002 / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva – 3. ed. Revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

166 p. – (Série E. Legislação de Saúde)

_____, Portaria do GM nº336 – 19.2.2002. Cria e regulamenta os CAPSads entre outros dispositivos de assistência.

_____, Câmara dos deputados nº 7179 de 20 de maio de 2010 - Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.

_____, Congresso Nacional, Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 Ago 2006.

_____, Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde Mental. Cadernos de texto de Apoio da III Conferência de Saúde Mental - Cuidar sim, excluir não. Brasília, Dezembro de 2001

Feuerwerker, LCM. A produção do SUS como política: os modos de fazer política marcando a produção do SUS. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Júnior H (organizadores). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 73-6.

Lima, Rita de Cássia Cavalcante - Uma história das drogas e do seu proibicionismo transnacional: relações Brasil-Estados Unidos e os organismos internacionais. Tese de doutorado. Defesa em 2009. 365.f.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 816, de 30 de abril de 2002. Brasília: 2002.

_____. A política do Ministério as Saúde para Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Foucault, M. Segurança, território, população. curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes; 2008.

_____. Microfísica do poder. 28a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2014.

_____. A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France (1926-1984) pronunciada em dois de dezembro de 1970. 24a ed. São Paulo: Loyola; 2014.

Pelbert, Peter Pál, Vida Capital : ensaios de biopolítica - [1a ed. - 2a reimpr.]. São Paulo: Iluminuras, 2011.

United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2017. Vienna: UNODC; 2017.

Vecchia, Marcelo Dalla [et al.] [recurso eletrônico] organizadores. Drogas e direitos humanos: reflexões em tempos de guerra às drogas. – 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017, 396 p.

Quadro dos atos normativos referidos ao campo da política de álcool e outras drogas.

Atos Normativos	Descrição
Lei Nº 6.368 de 1976/2006	Lei Antidrogas - 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.
Lei federal no 10.216 – 6.4.2001	Direitos dos usuários com transtornos mentais e uso de drogas
PT GM nº336 – 19.2.2002	Cria e regulamenta os CAPSads entre outros
PT GM nº816 – 30.4.2002	Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários no âmbito SUS. Inaugurava um programa sistemático de implantação de rede assistencial destinada a esta clínica no âmbito da saúde pública.

PT SAS nº189 – 20.3.2002	Define as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental. Regulamenta a portaria 336
PT GM nº817 – 30.4.2002	O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais cria as diretrizes para internação hospitalar dos usuários com uso prejudicial de álcool e outras drogas.
Lei no 10.409, de 11.01. 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.
PT SAS nº305 – 3.5.2002	Aprova normas de funcionamento e cadastramento de Centros de Atenção Psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas.
Portaria GM nº 457 - 16 . 04.2003	- O Ministro de Estado da Saúde, interino, no uso de suas atribuições legais, e considerando... (ministro interino Gastão Wagner de Sousa Campos) Art. 1o Instituir, no âmbito do Ministério da Saúde alocado na área técnica de SM/SAS, Grupo de Trabalho para estabelecer diretrizes para a Política de Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde.
Instituição das diretrizes 2003	A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.

Lei federal nº 10.708 – 31.7.2003	Programa de Volta para Casa - O apoio financeiro para os usuários com história de longo tempo de internação pudessem ser acolhidos pela família. Fruto do Plano de Apoio à Desospitalização (PAD), cuja efetivação só foi possível no governo Lula, que definiu a saúde mental como uma de suas prioridades no campo.
Portaria nº 2.197 de 04.10. 2004.	Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.
Portaria nº 1.028/ GM de 1.07. 2005.	Ministério da Saúde. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Brasília-DF, 2005c.
Lei federal nº 11.343 de 23. 08. 2006	Lei de drogas. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.
Decreto nº 7.179, de 20.05. 2010	Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.

Acolher é proteger, recolher é crime

Autor

Siro Darlan

Desembargador do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, Membro da Associação Juízes para a Democracia, Juiz da Infância, da Juventude e do Idoso de 1991 a 2004 e Presidente do Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente do Rio de Janeiro. Email: sdarlan@tjrj.jus.br

Sumário

No artigo abordo o direito à saúde e à liberdade, que são direitos constitucionais garantidos na Constituição Federal. Crianças não podem ficar nas ruas abandonadas pelas famílias, portanto, é dever do poder público acolhê-las encaminhando-as para os serviços sociais pertinentes. Se não possuem família responsável, buscá-la e apoiar para que assumam a responsabilidade de educação e sustento dos filhos. Se estão com a saúde precária, encaminhá-las a tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, a critério médico. Se não estão na escola, matricular e garantir o direito a educação. Dar condições aos Conselhos Tutelares para que atuem na defesa e proteção a esses direitos. Todas essas ações devem anteceder toda e qualquer ação repressiva, que só se justifica diante da prática de um delito.

Palavras-chave

ECA, criança, adolescente, situação de rua, educação, direitos, conselhos tutelares, acolher

Acolher é proteger, recolher é crime

Siro Darlan

A Declaração de Genebra de 1924 estabeleceu à Humanidade o dever de observância aos direitos de crianças, do qual se infere o dever prestacional de assegurar a proteção, assim como o dever de abstenção de práticas perniciosas.

Em 20 de novembro de 1959 a Organização das Nações Unidas adota a Declaração Universal dos Direitos da Criança, posteriormente ratificada pelo Brasil. Tal documento, em consonância à proteção especial enunciada na Declaração de Genebra, expõe que “a humanidade deve à criança o que de melhor tiver a dar”, indicando em seu Princípio II e VII que:

“(...) II- A criança tem o direito de ser compreendida e protegida, e devem ter oportunidades para seu desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, de forma sadia e normal e em condições de liberdade e dignidade. As leis devem levar em conta os melhores interesses da criança. (...)”

Reafirmando as diretivas da Declaração Universal dos Direitos da Criança, o Artigo 3 1. prevê que “(...) Todas as ações relativas às crianças, levadas a efeito por autoridades administrativas ou órgãos legislativos, devem considerar, primordialmente, o interesse maior da criança. (...)”

O melhor interesse da criança se consolida como disposição de grande amplitude que indica a prioridade em se concretizar os direitos garantidos às crianças, vez que se deve,

sob quaisquer circunstâncias, considerar as melhores soluções possíveis para esta parcela da população.

A Constituição Federal de 1988 contempla a proteção dos direitos fundamentais antes mesmo de apresentar as normas organizadoras da atividade estatal, revelando o seu compromisso à consecução daqueles.

O artigo 5º, § 1º, da CRFB, estabelece que os direitos humanos têm aplicabilidade imediata:

“(…)

§ 1º - As normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata.

(…)”

A efetivação dos direitos fundamentais concerne aos custos dos direitos. Em uma sociedade em que os recursos são escassos, implementar um direito fundamental, especialmente os sociais, é tarefa que exaspera os limites dos critérios jurídicos de proteção do direito para invadir a inevitável relevância dos fatos.

A Carta Magna prevê, em seu artigo 227, o arcabouço do atual regramento acerca da garantia de direitos de crianças e adolescentes, In verbis:

“É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.”

Preleciona o Professor Wilson Donizeti Liberatti:

“Nossos Tribunais têm reiteradamente, e com acerto, firmado entendimento reconhecendo que o interesse da criança e do adolescente deve prevalecer sobre qualquer outro interesse, quando seu destino estiver em discussão” (LIBERATTI, WILSON DONIZETI. Comentários ao Estatuto da Criança e do Adolescente. São Paulo: Malheiros Editores, 1993, p. 17.)

Dispõe o artigo 1º da Lei 8069/90:

“Esta Lei dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente”.

Crianças e adolescentes passaram a ser considerados cidadãos, sujeitos de direitos, com direitos pessoais e sociais garantidos, desafiando os governos em todas as suas esferas a formularem e implementarem políticas públicas, especialmente dirigidas a esse segmento, amparadas na destinação privilegiada de recursos.

Neste sentido, já tive oportunidade de mencionar que a solução para problemas que envolvam crianças e adolescentes não perpassa por atitude repressiva. Ao revés, deve ser realizada mediante a consecução de políticas públicas, cuja realização impõe a apreciação principiológica em todos os níveis e esferas de atuação pública.

Ao Poder Legislativo impõe a discricionariedade regrada de prever a legislação pertinente à previsão de normas gerais que atendam aos fins propostos em sede constitucional, de modo que todos os direitos conferidos às crianças sejam alcançados, sendo certo que tais regras devem estar balisadas pela estrutura principiológica de garantia do melhor interesse das crianças.

Ao Poder Judiciário incumbe garantir a constitucionalidade e a legalidade dos atos realizados, tendo sempre em consideração a perspectiva de atuação em favor de crianças e adolescentes, destinatárias das normas preventivas e protetivas.

Por sua vez, não pode o Poder Executivo, imbuído de ponto de vista repressivo, pretender realizar **faxina social**, mediante o recolhimento das crianças, como alhures já referi, de modo a que sejam crianças expurgados da sociedade. A solução não passa pela exclusão dos indivíduos, a consideração distorcida e dissociada da previsão constitucional.

Ao contrário, impõe o respeito a sua condição de pessoas em desenvolvimento, mediante a previsão, garantia e execução de políticas públicas, que permitam a crianças e adolescentes o alcance de seus direitos.

Neste sentido, cabe afirmar que o Ministério Público detém atribuições legais para impor a adequada realização de políticas públicas em prol de crianças, assim como para impedir o vilipêndio acintoso de seus direitos.

Nem se afirme que se estaria adentrando o mérito administrativo. Isto porque o resguardo do mérito administrativo presume a sua legalidade. **No caso de recolhimento de crianças, não tendo por ótica o seu melhor interesse, mas tão-somente a maquiagem social, verifica-se a ilegalidade, sendo de atribuição do Judiciário a sua apreciação para fins de expurgar o equívoco do ato.**

Em consonância com a recente reforma do Código Penal, Lei 12.403/2011, cabe desde logo dizer que a prisão preventiva poderá

ser decretada como garantia da ordem pública, da ordem econômica, por conveniência da instrução criminal, ou para assegurar a aplicação da lei penal, quando houver prova da existência do crime e indício suficiente de autoria.

Assim, como leciona a doutrina, o *periculum libertatis* e o *fumus commissi delicti* são o fundamento e o requisito da preventiva, respectivamente.

A nova lei 12.403 de 04/05/2011 prevê no parágrafo único do art. 313 do CPP que também será admitida a prisão preventiva quando houver dúvida sobre a identidade civil da pessoa ou quando esta não fornecer elementos suficientes para esclarecê-la, devendo o preso ser colocado imediatamente em liberdade após a identificação, salvo se outra hipótese recomendar a manutenção da prisão.

O mestre Guilherme de Souza Nucci na sua obra *Prisão e Liberdade* sobre a nova lei assevera que o direito ao silêncio liga-se ao contexto da imputação, mas não à identificação do indiciado ou réu. Ainda, ressalva que a Lei 12.037/2009 prevê as hipóteses nas quais se pode identificar o indiciado ou réu, criminalmente, colhendo suas impressões dactiloscópicas e sua fotografia.

O doutrinador Aury Lopes Junior no seu livro *O novo regime jurídico da prisão processual, liberdade provisória e medidas cautelares* diversas salienta com muita propriedade que lhe é peculiar que o dispositivo em questão não está autorizando a prisão preventiva para averiguações e que tal artigo deve ser interpretado em conjunto com a lei 12.037/90 que regulamentou

a identificação criminal prevista no art. 5º, LVIII, da CF.

O mestre Aury ressalva que não sendo apresentado qualquer documento civil ou militar, ou nas hipóteses do art. 3º da Lei 12.037, será o suspeito submetido à identificação criminal e, dependendo do caso, à prisão preventiva (desde que cabível).

Como se vê, a prisão preventiva **quando houver dúvida** sobre a identidade civil somente poderá ser decretada na ausência de qualquer documento civil ou militar, ou nas hipóteses do art. 3º da Lei 12.037 (tais como o documento apresentar rasura ou tiver indício de falsificação, entre outros), desde que seja cabível.

Cediço que a prisão preventiva somente tem cabimento nos crimes dolosos punidos com pena privativa de liberdade máxima superior a 04 anos; se o suspeito tiver sido condenado por outro crime doloso com sentença transitada em julgado; se o crime envolver violência doméstica e familiar contra a mulher, criança, idoso, enfermo ou pessoa com deficiência, para garantir a execução das medidas protetivas de urgências ou, se houver descumprimento de qualquer das obrigações impostas por força de outras medidas cautelares.

Fora as hipóteses de cabimento acima mencionadas a prisão preventiva quando houver dúvida sobre a identidade civil ou quando a pessoa não fornecer elementos suficientes para esclarecê-la é ilegal, sob pena de afronta ao princípio da presunção da inocência.

Não se pode prender apenas para identificação pessoal.

Como bem esclarece Silvio César Arouk Gemaque “ninguém pode ser preso preventivamente apenas porque não

tenha como comprovar sua identidade, sem que haja qualquer indício de prática de crime (...)”.

Finalizando, cumpre então dizer que a nova lei não pode autorizar a prisão de qualquer pessoa tão-somente pelo fato de a mesma não fornecer elementos para a sua devida identificação pessoal, somente se podendo aceitá-la desde que cabível, conforme hipóteses acima mencionadas.

Sob esse enfoque, deve-se analisar a real natureza do denominado “Protocolo do Serviço Especializado em Abordagem Social no âmbito da Proteção Social Especial de Média Complexidade” que está sendo implementado pelo Poder Executivo do Município do Rio de Janeiro.

Diz o citado documento (RESOLUÇÃO SMAS Nº 20 DE 27 DE MAIO DE 2011. Publicado no Diário Oficial Eletrônico do Município de 30.05.2011), no seu artigo 5º, inciso XV, in verbis:

“Art. 5º - São considerados procedimentos do Serviço Especializado em Abordagem Social, devendo ser realizados pelas equipes dos CREAS/Equipe Técnica/Equipe de Educadores:

(...)

*XV - acompanhar todos os adolescentes abordados à Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente - DPCA, **para verificação de existência de mandado de busca e apreensão** e após acompanhá-los à Central de Recepção para acolhimento emergencial;”*

(...)(grifo do autor)

Cediço que a apreensão em flagrante do adolescente infrator, é medida drástica de privação de liberdade, em relação a

qual devem ser rigorosamente observados os direitos e garantias previstos no ECA, sob pena de responsabilização.

Registre-se que, há que deixar claro que a criança (até 12 anos de idade incompletos) não será apreendida em flagrante pela polícia por prática de ato infracional, só o sendo o **adolescente** (de 12 até 18 anos de idade incompletos). Segundo o artigo 105 do ECA, ao ato infracional praticado por criança corresponderão as medidas previstas no art. 101 (medidas protetivas ou de proteção em espécie, a serem aplicadas pelo Conselho Tutelar (art. 136, I) ou Juiz da Infância e Juventude (art. 262). Pelo ora exposto, depreende-se que, *prima facie*, inexistirá mandado de busca e apreensão expedido em desfavor de **criança**, logo, a dita abordagem para o efeito previsto no inciso acima referido, atinge ou deveria atingir, apenas o **adolescente**.

Por outro lado, nos termos do ECA (art. 106, caput), em norma adaptada do art. 5º, LXI, da Constituição, o adolescente somente será privado de sua liberdade em duas hipóteses: 1) em caso de **flagrante de ato infracional** ou 2) por **ordem escrita e fundamentada da autoridade judiciária competente**.

Ora, se a apreensão ou a “abordagem” do adolescente não se deu em razão de flagrante de ato infracional, sua condução coercitiva à DPCA para verificação de existência de mandado de busca e apreensão, representa claro desrespeito às garantias constitucionais e infraconstitucionais.

A apreensão em flagrante do adolescente está regulada no ECA, mais precisamente, no Título VI: Do Acesso à Justiça, Capítulo III: Dos Procedimentos, Seção V: Da Apuração de

Ato Infracional Atribuído a Adolescente, valendo salientar que aplicam-se subsidiariamente as normas gerais previstas no Código de Processo Penal e leis processuais esparsas pertinentes (cf. art. 152).

Assim, somente se houver **dúvida** sobre a idade real do adolescente, cuja identificação não foi obtida e que alega ser menor de 18 anos, como tal será tratado, inclusive na lavratura dos respectivos procedimentos, até esclarecimento através do órgão de identificação ou perícia médico-legal. A identificação compulsória, em consonância com o art. 5º, LVIII, da CF, ocorre nos termos do art. 109 do ECA que dispõe que: “O adolescente civilmente identificado não será submetido a identificação compulsória pelos órgãos policiais, de proteção e judiciais, salvo para efeito de confrontação, **havendo dúvida fundada**”. (grifo do autor) Realizada a identificação ao arrepio da hipótese legal, configura-se a responsabilidade penal do art. 232 do ECA.

Deve-se, portanto, evitar a vulgarização da apreensão do adolescente, estabelecendo-a como uma rotina de abordagem social, sob o falso aspecto de que se está cumprindo a norma legal. O Poder Público, como garantidor dos direitos dos adolescentes apreendidos, deve repelir qualquer atitude que vise a expor a imagem e identidade destes, ao contrário, deve pautar seus esforços e ações no sentido de priorizar a proteção integral a que fazem jus.

Destarte, o ECA constitui paradigma de enfrentamento proporcional e garantista das questões que envolvem a infância e juventude, e como tal, deve ser o instrumento legal utilizado

por aqueles quem são incumbidos pela ordem constitucional de assegurar com absoluta prioridade os direitos das crianças e dos adolescentes.

Dessa forma, conclui-se que as ações de recolhimento de adolescentes realizadas ao arrepio do ECA com a aplicação subsidiária do parágrafo único do art. 313 do CPP, e a implementação do famigerado “Protocolo do Serviço Especializado em Abordagem Social”, em detrimento dos interesses superiores dos adolescentes é incabível, inconcebível e flagrantemente ilegal, uma vez que afrontam a doutrina da proteção integral e contrariam os princípios de interpretação insculpidos no art. 6º da Lei 8069/90 e no art. 227 da Constituição Federal.

O cultivo científico da ignorância e a fantasia das soluções imediatas⁵²

Autora

Sylvia Debossan Moretzsohn

Jornalista, mestre em Comunicação (UFF) e doutora em Serviço Social (UFRJ). Professora de jornalismo no Departamento de Comunicação Social da UFF (aposentada). Pesquisadora do ObjETHOS (Pós-Jor/UFSC). Email: sylviamoretz@uol.com.br

Sumário

O texto expõe a articulação da mídia hegemônica com a política de internação compulsória para usuários de crack, associando-a a práticas de exclusão vinculadas ao direito penal do inimigo. Mostra como essa política e essas práticas, que envolvem a perspectiva reiterada de “guerra às drogas”, são adequadas ao senso comum em torno do comportamento desviante, de acordo com a recorrente perspectiva de soluções simples e imediatas para questões complexas e muito antigas. Aponta ainda as dificuldades de se buscar brechas para a promoção do debate sobre políticas de redução de danos e outras alternativas para o enfrentamento desse problema de saúde pública.

Palavras-chave

Mídia; drogas; crack; maconha; redução de danos; higienismo; Congresso Internacional sobre Drogas; saúde pública; violência; direito penal do inimigo.

52 Este artigo é resultado de minha participação no I Congresso Internacional sobre Drogas, em maio de 2013, em Brasília.

O cultivo científico da ignorância e a fantasia das soluções imediatas⁵³

Sylvia Debossan Moretzsohn

Qual é a droga que vicia à primeira tragada e leva à morte em pouquíssimo tempo?

Resposta inequívoca: a maconha, de acordo com a propaganda disfarçada de campanha educativa levada ao ar no início dos anos 1950 nos Estados Unidos.

O trecho inicial desse filme⁵⁴ abre o documentário do canadense Ron Mann sobre a história do uso e da condenação à maconha nos EUA ao longo do século XX. Revisitá-lo será sempre oportuno diante do bombardeio da propaganda disfarçada de noticiário sobre o crack.

Não se trata, naturalmente, de comparar essas drogas e seus efeitos, mas de apontar a semelhança entre campanhas baseadas na demonização das drogas de modo geral, o que não costuma ter qualquer resultado prático na redução do uso mas tem graves consequências na consolidação de preconceitos e, portanto, na aceitação de soluções radicais supostamente direcionadas a um grupo específico de pessoas, que podem se estender progressivamente até abrangerem todos os “indesejáveis” ou “desviantes” de uma sociedade.

53 Este artigo é resultado de minha participação no I Congresso Internacional sobre Drogas, em maio de 2013, em Brasília.

54 O documentário Grass, de 1999, está disponível na internet em <http://www.youtube.com/watch?v=E3T8nQakYQE>

Poderíamos lembrar aqui o famoso conto de Machado de Assis⁵⁵ no qual um médico vai pouco a pouco internando todos os habitantes de uma pequena cidade, até concluir que o louco era ele próprio. Coerentemente, libertou todos e trancou-se no hospício. Infelizmente, a lucidez do alienista não se transfere para quem, hoje, defende medidas de exceção embaladas por um discurso pseudocientífico.

A enxurrada de reportagens sobre o uso do crack, que nos últimos anos volta e meia ganham destaque nos principais jornais e telejornais brasileiros, converge para o sentido comum de aceitação e reverberação do discurso das autoridades: trata-se de uma epidemia que se espalha pelo país, que é extremamente letal e por isso exige intervenção imediata e articulada da polícia e da medicina, com a combinação de dois tipos de violência: a repressão a quem consome a droga nas ruas e a internação compulsória dos usuários.

O discurso não muda nem mesmo diante de dados que o contrariam: divulgada em setembro de 2013, a mais ampla pesquisa sobre o consumo de crack no país⁵⁶, realizada pela Fiocruz a pedido da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, derrubou dois dos principais mitos em relação a essa droga: a de que ela vicia imediatamente e mata em pouco tempo e a de que o usuário resiste ao tratamento – quase 80% dos entrevistados declararam desejar livrar-se do vício, o que contraria a tese

da necessidade da internação compulsória. Ainda assim, os principais jornais do país optaram por destacar o número de consumidores de crack, subordinando a essa informação – que, descontextualizada, assume tons alarmantes – os dados e argumentos contraditórios ao discurso hegemônico.

Dos três maiores diários, a *Folha de S.Paulo* foi o único a dedicar um artigo analítico sobre esses aspectos da pesquisa⁵⁷. No *Globo*, “Internação compulsória – especialista critica projeto de lei” é apenas uma nota espremida entre as colunas do texto principal, sob a manchete “País tem 370 mil usuários de crack, maior proporção está no NE”⁵⁸. Pior fez o *Estadão*, que dedicou capa e duas páginas inteiras à pesquisa, mas relegou a um minúsculo box de pé de página o comentário do psiquiatra e professor da Unicamp Luis Fernando Tófoli, que rejeitava o rótulo de “zumbis” aos usuários da droga e indagava: “a epidemia é de crack ou de abandono?”. O jornal respondia inequivocamente, abrindo na capa uma foto com os “zumbis” da cracolândia e repetindo esse tipo de imagem nas páginas internas, em reportagens cujos títulos não deixavam dúvidas quanto ao enfoque privilegiado pela edição: “Crack já é usado por 1 em cada 3 consumidores de drogas nas capitais” e “Cracolândia resiste à PM e de novo ruas lotam”⁵⁹.

55 Machado de Assis. O alienista, em *Obra Completa*, vol. 2. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1992, p. 253-288.

56 Maior pesquisa sobre o crack já feita no mundo mostra o perfil do consumo no Brasil. Disponível em <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/menor-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>.

57 Fernanda Mena. “Se tiver alternativa, viciado é capaz de preferir a droga”. *Folha de S.Paulo*, caderno Cotidiano, 20/9/2013, p. C8. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/09/1344713-analise-se-tiver-alternativa-viciado-e-capaz-de-preferir-a-droga.shtml>.

58 *O Globo*, 20/9/2013, p. 8.

59 Manchetes, respectivamente das páginas A14 e A15 do caderno principal. *O Estado de S.Paulo*, 20/9/2013.

A demonização das drogas

O discurso terrorista contra o uso de drogas – *certas* drogas, que se alternam conforme a conjuntura – é recorrente ao longo da história e obedece a interesses políticos muito específicos, como a socióloga Rosa del Olmo apontou num precioso livrinho lançado no Brasil em 1990⁶⁰. Não se trata de negar que as drogas fazem mal – evidentemente que sim, embora nunca devamos nos esquecer que as guerras do ópio, no século XIX, foram travadas justamente *em defesa* do comércio dessas substâncias, considerando os interesses em jogo. Drogas fazem mal, drogas ilícitas mais ainda, tendo em vista seus danos colaterais de corrupção e violência, tantas vezes fatal. O trabalho alienado faz um mal enorme, e disso pouca gente se lembra, embora estejamos todos voltados para a busca da felicidade e estimulados permanentemente, através da mídia – do jornalismo e da publicidade que hoje se amplia com a internet –, aos apelos para uma “mudança de estilo de vida” que, estranhamente, ignora os constrangimentos estruturais que nos levam a viver como vivemos, e às tentativas tantas vezes frustradas de escapar da infelicidade pelos mais diversos meios. Inclusive através de drogas... lícitas, vendidas em farmácias.

Demonizar as drogas é o melhor caminho para sedimentar a ignorância confortavelmente instalada na sala de estar. “Não ofenda, não contorne, não surpreenda o senso comum: enquanto as pessoas acreditarem que as drogas são um mal em si, mantêm-

se a zona de segurança”, escreveu Luis Fernando Tófoli, ao criticar uma edição do *Jornal Nacional* em que o âncora-símbolo da emissora arrematava uma reportagem sobre o crack e a internação compulsória dos usuários com o comentário de que “todo mundo diz que crack basta experimentar uma vez só e a pessoa fica viciada”:

Mesmo com as fantasias apocalíptico-epidêmicas associadas ao crack, ainda assim é necessário corrigir a informação do jornalista e alertar ao leitor que “todo mundo”, nesse caso específico, está errado. Não existe uso de droga sem usuário e sem contexto. Por mais que uma substância possa ter, por sua farmacologia, um maior ou menor potencial para induzir dependência, não existem drogas com propriedades “mágicas”. É a combinação entre a substância, o momento de vida da pessoa e o contexto de consumo que causam ou impedem a adição. Nenhuma droga vicia por si e nem instantemente, e isso vale tanto para o crack e a heroína quanto para uma das drogas de maior potencial de dependência, o tabaco⁶¹.

As próprias reportagens deveriam sugerir alguma dúvida quanto a essa mistificação. Pois não é raro lermos sobre pessoas que “venceram o vício” ou que foram resgatadas das ruas após muitos anos usando essa droga⁶². Além do mais, se o crack vicia ao primeiro contato e condena o indivíduo à morte em pouco tempo – quanto tempo, nunca se diz –, deveríamos estar assistindo a uma sucessão de cadáveres sendo carregados diariamente em

61 Luis Fernando Tófoli. A imprensa entorpecida, in **Observatório da Imprensa**, ed. 701, 3/7/2012. Disponível em http://www.observatoriodaimprensa.com.br/news/view/_ed701_a-imprensa_entorpecida.

62 Dois exemplos, colhidos aleatoriamente, entre vários possíveis: “Moradora de bairro nobre de SP diz que começou a usar crack aos 12 anos” (**Folha de S.Paulo**, 27/7/2008, disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2707200806.htm>) e “Natalia se livrou da droga pela pequena Ingrid” (**Folha de S.Paulo**, 12/1/2012, disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidiano/19644-natalia-se-livrou-da-droga-pela-pequena-ingrid.shtml>).

carroças – mais ou menos como no tempo da gripe espanhola –, dada a quantidade de maltrapilhos aglomerados em determinadas regiões das grandes cidades que passam os dias se drogando. Pelo contrário, episódios como o ocorrido no Parque União, uma das favelas da Maré, no Rio de Janeiro, à beira da Av. Brasil, em 9 de novembro de 2012, mostrou gente muito ágil e lúcida, capaz de serpentear entre o tráfego intenso da via expressa para fugir da “acolhida” das autoridades. A corrida alucinada deveria sugerir alguma indagação sobre o motivo por que essas pessoas rejeitam tão desesperadamente a hipótese de ir para algum abrigo.

A construção do inimigo

Em uma passagem de *A sociedade excludente*, Jock Young sintetiza a funcionalidade do processo de demonização do “outro”, que recorrentemente se associa ao tema-tabu dos entorpecentes:

A demonização é importante porque permite que os problemas da sociedade sejam colocados nos ombros dos “outros”, em geral percebidos como situados na “margem” da sociedade. Ocorre aqui uma inversão costumeira da realidade causal: em vez de reconhecer que temos problemas na sociedade por causa do núcleo básico de contradições na ordem social, afirma-se que todos os problemas da sociedade são devidos aos próprios problemas. Basta livrar-se dos problemas e a sociedade estará, *ipso facto*, livre deles! Assim, em vez de sugerir, por exemplo, que grande parte do uso deletério de alto risco de drogas é causado por problemas de desigualdade e exclusão, sugere-se que, se nos livramos deste uso de drogas (“diga não”, trancafiem os traficantes), não teremos mais nenhum problema⁶³.

A demonização das drogas, e desta droga em particular – que é mais simples porque seus viciados estão mais expostos, visíveis e identificáveis pela sua degradação física –, facilita a articulação do discurso clássico da repressão violenta a um discurso supostamente científico que legitima essa violência ao dizer que não há saída senão a internação compulsória. *O Globo* repetiu essa ideia ao reproduzir declaração do então secretário de Segurança do Rio sobre essa gente que “perdeu a condição cidadã. Sem discernimento, vive miseravelmente entre ratos e baratas, abandonado e em situação deplorável. Basta olhar para perceber que ele precisa de acolhimento”⁶⁴.

Se não soubéssemos do que se tratava, poderíamos até imaginar que o secretário descrevia algum mendigo, esse personagem tão antigo quanto a própria história das cidades, desde a Idade Média.

O risco da adoção do discurso da internação compulsória – e nem vamos aqui discutir a ausência de estrutura para abrigar e tratar de tanta gente – é precisamente este: sugere que o foco é um universo restrito de indivíduos e não demora a alcançar todos os que, por qualquer motivo, são incômodos ao convívio social. É o processo típico de construção do inimigo, que o jurista argentino Raúl Zaffaroni analisou em *O inimigo no direito penal*, apontando sua mais remota origem no conceito de *hostis* – o “inimigo” ou o “estranho” – do direito romano, que nunca desapareceu da

modernidade recente. Rio de Janeiro: Revan, 2002.

64 Antônio Werneck. “Crack já chega ao interior do estado”. *O Globo*, 18/11/2012 (publicado no site do jornal na véspera, em <http://oglobo.globo.com/rio/crack-ja-chega-ao-interior-do-estado-6759169>).

63 Jock Young. *A sociedade excludente*. Exclusão social, criminalidade e diferença na

realidade operativa do poder punitivo nem da teoria jurídico-penal: atravessa as épocas, “de cara limpa ou com mil máscaras”, e abrange desde o prisioneiro escravizado da Antiguidade até o imigrante ilegal – e potencialmente “terrorista” – dos dias de hoje, o traficante ou o drogado que vive em bandos. O processo é sempre o mesmo: retirar-lhes a condição de *personas* e classificá-los como *entes perigosos* ou *daninhos* para apresentá-los como inimigos da sociedade, de modo que a eles não se apliquem as garantias comuns aos demais cidadãos.

Zaffaroni contesta o argumento de que esse hostis contemporâneo possa ser submetido à contenção “apenas na *estrita medida da necessidade*” porque “*a estrita medida da necessidade é a estrita medida de algo que não tem limites*, uma vez que esses limites são estabelecidos por quem exerce o poder”:

Como ninguém pode prever exatamente o que algum de nós – nem sequer nós mesmos – fará no futuro, a incerteza do futuro mantém aberto o juízo de periculosidade até o momento em que quem decide quem é o inimigo deixa de considerá-lo como tal. Com isso, o *grau de periculosidade do inimigo* – e, portanto, da necessidade de contenção – dependerá sempre do juízo subjetivo do individualizador, que não é outro senão o de quem exerce o poder⁶⁵.

Pensemos, só por hipótese, nos interesses de quem detém o poder e precisa limpar uma determinada região para “revitalizá-la” através de milionários projetos imobiliários.

De repente, a luz

No início de 2012 o governo de São Paulo deflagrou uma espetacular operação de repressão à crackolândia instalada na região da Luz. Orientava-se pelo princípio de “dor e sofrimento” – quem sabe inspirado no “choque e pavor” da última guerra de Bush –, que impediria os usuários de se fixarem em algum ponto da cidade, cortaria o fornecimento da droga e, ao provocar a síndrome da abstinência, os levaria “logicamente” a buscar o serviço de saúde.

No debate sobre Mídia, Drogas e HIV promovido pelo Centro de Convivência É de Lei⁶⁶ em 14 de setembro daquele ano, a jornalista Laura Capriglione relatou que foi durante a cobertura dessa operação que ela e outros colegas, antes acostumados ao conforto da apuração por telefone e ao discurso médico aparentemente coerente, se viram confrontados com uma realidade que desconheciam. Presenciaram a violência, começaram a acompanhar as pessoas obrigadas a circular, conversaram com elas e aos poucos foram desconstruindo a imagem preconcebida do usuário de crack como alguém desprovido de inteligência e capacidade de discernimento e vontade própria.

A rigor, não fizeram nada diferente do que deveriam fazer como repórteres: estar no local dos acontecimentos. Em outros tempos, era comum repórteres saírem às ruas sem pauta definida, para descobrirem coisas sobre o cotidiano da cidade.

⁶⁵ Eugenio Raúl Zaffaroni. *O inimigo no direito penal*. Rio de Janeiro: Revan, 2008.

⁶⁶ Disponível em www.youtube.com/watch?v=5iFHdtcWPw4&feature=related.

No caso da cracolândia, tão flagrantemente exposta há tanto tempo, o que os teria impedido de se aproximar daquela gente?

Talvez o preconceito, que Laura citou recorrentemente em seu depoimento. A facilidade de aceitação acrítica do discurso da autoridade – mais impositivo porque aparentemente científico – e a naturalização do viciado como uma não-pessoa, um nóia, um zumbi, que eventualmente poderia se tornar perigoso, como nas ocasiões em que ameaçavam os jornalistas e apedrejavam os carros de imprensa:

Quantas vezes a gente viu aquela cena do carro da imprensa, do carro da televisão, sendo apedrejado pelos craqueiros violentíssimos? A gente viu essa cena um milhão de vezes, um zilhão de vezes... mas ninguém parou pra se perguntar por que é que aquelas pessoas apedrejavam os carros da imprensa. A maior parte apedrejava os carros da imprensa pelo único e acho que legítimo motivo que essas pessoas têm direito à própria imagem, coisa que não passava pela cabeça de alguém que julgava os caras desumanos demais⁶⁷.

(Bem a propósito, em junho de 2011 o tema do direito à imagem chegou a ser discutido porque a *Folha* publicou na capa uma sequência de fotos de um homem grisalho e bem vestido, usando a droga e depois se afastando do local. “A gravata na cracolândia” não correspondia ao estereótipo do viciado em crack. Na crítica em sua coluna daquela semana⁶⁸, a ombudsman rejeitou o argumento da Secretaria de Redação do jornal, no

67 Laura Capriglione, no depoimento citado na nota anterior. Transcrito ao final de meu artigo sobre “O cultivo científico da ignorância”. *Observatório da Imprensa*, ed. 721, 20/11/2012. Disponível em http://observatoriodaimprensa.com.br/news/view/_ed721_o_cultivo_cientifico_da_ignorancia

68 Susana Singer. “Mostra a tua cara”. *Folha de S. Paulo*, 19/6/2011, disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/ombudsma/om1906201101.htm>.

estilo “sempre fizemos assim” com pessoas que se drogavam publicamente, o que apenas reiterava a falta de sensibilidade da redação no trato desse tema. Porém, como comentei à época⁶⁹, a cena só chamou a atenção porque ali estava exposto “alguém como nós”. O direito à imagem dos marginalizados nunca foi motivo de preocupação).

“Quem, durante muito tempo, teve o monopólio da fala sobre os craqueiros foi exatamente a turma dos médicos, a turma dos psiquiatras, a turma das clínicas”, disse Laura no debate, apontando a articulação de interesses: “a maior parte dessas pessoas são também donas de clínicas, donas de entidades e são contratadas pelo poder público, são entidades que têm clínicas, convênios com a Secretaria da Saúde”. E este, segundo ela, era “um pequeno detalhe que passava totalmente despercebido da imprensa, que entrevistava médicos que o tempo inteiro estavam disponíveis pra falar sobre os efeitos devastadores do crack na experiência de um dependente químico”.

Essa disponibilidade permanente é parte da estratégia de construção de um consenso no qual o repórter entra como um autômato, alguém a simplesmente reproduzir o discurso da fonte: “se você ligar pra eles à meia-noite e meia eles atendem o telefone e falam, olha, os efeitos são devastadores, e fazem aquela cara: de-vas-ta-do-res, e tudo bem, e a gente escreve, *devastadores...*”.

Por que o repórter não é capaz de questionar? Talvez porque seus preconceitos estejam tão arraigados que bloqueiem a perspectiva da dúvida. Mas nada justifica a falta de percepção

69 Sylvia Moretzsohn. “Alguém como nós na cracolândia”. *Observatório da Imprensa*, ed. 647, 20/6/2011. Disponível em <http://www.observatoriodaimprensa.com.br/news/view/algue-mo-nos-na-cracolandia>.

da solidariedade de interesses entre certas fontes e as autoridades do estado.

Laura reconhece que estava, como a maioria dos colegas, “contaminada por esse discurso médico”, mas ao mesmo tempo argumenta que a contrapartida custa a aparecer. O que é uma forma de atribuir às fontes a responsabilidade pelo sentido do noticiário, como se tudo se resumisse a um problema de “falta de comunicação” ou de preparo adequado para lidar com a imprensa.

Fontes alternativas, entretanto, não faltam. No caso, a Escola Nacional de Saúde Pública, da Fiocruz, é uma delas, muito bem qualificada e estruturada, responsável, aliás, pela revista que trouxe a síntese do debate de que Laura participou⁷⁰. O problema talvez esteja na própria formação dos jornalistas, acostumados ao reino das aparências e a reproduzir o senso comum que fantasia soluções simples para questões complexas.

Mas a boa formação é apenas o começo. Porque a melhor formação do mundo é impotente diante de determinada orientação editorial. E, mesmo que a orientação editorial seja crítica, será sempre preciso levar em conta os preconceitos do público, especialmente no caso de estigmas como o do consumo de drogas. Quebrá-los é tão necessário quanto difícil, porque a ignorância é sempre mais confortável: a simplificação maniqueísta é apaziguadora, enquanto a dúvida nos perturba e nos obriga a um esforço incômodo de reflexão.

70 Adriano de Lavor. “Protagonismo do usuário como caminho”. *Revista Radis* n° 122, novembro de 2012. Disponível em <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/conteudo/protagonismo-do-usuario-como-caminho>.

O silêncio sobre os debates à contracorrente

A orientação editorial, porém, vem ignorando sistematicamente a abertura de espaço para abordagens críticas ao ponto de vista hegemônico, quando se trata de drogas e comportamentos desviantes. Às vésperas da votação do projeto de lei do deputado Osmar Terra (PMDB-RS)⁷¹, que endurece a pena para traficantes e a punição para usuários, inclusive com internação forçada, o Congresso Internacional sobre Drogas (CID) foi uma rara oportunidade para a exposição de dados e argumentos em sentido contrário. O evento decorreu entre os dias 3 e 5 de maio de 2013 e lotou os 700 lugares do Museu da República, em Brasília, reunindo alguns dos mais qualificados pesquisadores das áreas correlatas ao tema – medicina, psicologia, saúde pública, direito, segurança pública –, além de representantes do Ministério da Saúde, mas não foi capaz de atrair a atenção dos principais jornais e redes de televisão do país.

Oferecer a oportunidade do confronto de diferentes pontos de vista é princípio recorrente do jornalismo, mas frequentemente se resume a isso mesmo: um princípio, que não se concretiza. Caso houvesse interesse em promover o debate, não seria possível ignorar o que se discutiu naquele encontro, encerrado com documento que propõe uma nova política de drogas para o Brasil:

A tentativa de voltar a criminalizar usuários e aumentar penas relacionadas ao tráfico de drogas é um desastre, na contramão do que ocorre em diversos países da

71 PL 7663/2010. Até agosto de 2018, ainda aguardava a apreciação pelo Senado.

América e Europa, contribuindo para aumentar ainda mais o superencarceramento e a criminalização da pobreza. A exemplo das supremas cortes da Argentina e da Colômbia, é preciso que o Supremo Tribunal Federal declare com urgência a inconstitucionalidade das regras criminalizadoras da posse de drogas ilícitas para uso pessoal. Em última instância, legalizar, regulamentar e taxar todas as drogas, priorizando a redução de riscos e danos, anistiando infratores de crimes não violentos, e investir em emprego, educação, saúde, moradia, cultura e esporte são as únicas medidas capazes de acabar efetivamente com o tráfico, com a violência e com as mortes de nossos jovens. É um imperativo ético e científico de nosso tempo, em defesa da razão e da vida humana⁷².

Uma das mesas do CID demonstrou o uso terapêutico da maconha, inclusive para casos de câncer e para a diminuição dos sintomas de abstinência do crack. A propósito, o psiquiatra Dartiu Xavier e o médico Elisaldo Carlini criticaram a perspectiva prevacente do combate ao vício, baseada na imposição da abstinência, e que falha recorrentemente: daí a defesa de ações voltadas para a redução de danos. Apontaram também o preconceito existente no meio científico, que chegou a inviabilizar as pesquisas interessadas em investigar hipóteses na contramão das tendências hegemônicas.

Em relação à política proibicionista, vários dos debatedores contestaram as propostas que separam usuários de traficantes e que, em decorrência, sustentam a liberação das drogas apenas para uso pessoal. “A arbitrária distinção entre traficantes e usuários é uma forma de perpetuar a situação de morte de pobres desprovidos de

poder”, disse a juíza aposentada Maria Lúcia Karam, presidente da seção brasileira da Leap – *Law Enforcement Against Prohibition*. Ela defendeu a legalização de todas as drogas como forma de eliminar o tráfico e as várias formas de violência que ele promove. “Se as drogas são ruins, a guerra às drogas é muito pior”, argumentou. “Eu não posso fazer um discurso desonesto. Quem é a favor só de descriminalizar tem de assumir o proibicionismo e a manutenção da guerra”. E guerras, como apontou outro conferencista, são sempre contra pessoas: por isso a expressão “guerra às drogas” é tão mistificadora.

Cesar Gaviria, ex-presidente da Colômbia e integrante da Comissão Global de Políticas sobre Drogas, fez um discurso contundente contra a internação compulsória de dependentes químicos – “uma barbaridade, o caminho para se cometer os maiores abusos” – e reconheceu que a legalização, de fato, seria a política mais eficaz, porém argumentou que a proposta “desperta muitos temores nas famílias”.

As famílias: as certezas domésticas que não querem ser abaladas. Daí, ao mesmo tempo, a necessidade de se acolher o debate e a dificuldade no momento de enfrentá-lo: porque é preciso encontrar formas de quebrar tabus, ou simplesmente a comunicação não se realiza.

Caso desejasse cumprir seu papel declarado de promover o confronto de distintas perspectivas em relação a tema tão sensível, a mídia hegemônica teria, portanto, um belo desafio pela frente. No entanto, preferiu ignorar o debate ocorrido em Brasília: embora sem mencionar o congresso encerrado na véspera,

72 Trecho da Carta de Brasília em Defesa da Razão e da Vida, relatório final do Congresso Internacional sobre Drogas. Disponível em <http://coletivodar.org/2013/05/carta-de-brasilia-em-defesa-da-razao-e-da-vida-intelectuais-e-ativistas-defendem-legalizacao-das-drogas/>.

apenas a *Folha de S. Paulo* abriu espaço para o questionamento do proibicionismo, em entrevista de página inteira com Gaviria⁷³, que demonstrava a articulação entre a intensificação da repressão ao uso de drogas e o cometimento de crimes, sobretudo por jovens. A propósito, o ex-presidente colombiano condenava também as propostas de redução da maioria penal – tema de vários articulistas naquele fim de semana –, numa página aberta com foto de manifestação pública a favor dessas medidas: não é preciso muito esforço para perceber como o jornal “fala” por esse jogo de contrastes.

Meses antes, entre os dias 3 e 4 de dezembro de 2012, o Cebrid, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, da Unifesp, realizou outro debate igualmente qualificado e ignorado pela mídia: o II Simpósio de Crack, para questionar a existência da propalada “epidemia” e discutir uma série de questões relativas a essa droga, como prevenção, tratamentos alternativos, políticas públicas e o papel da mídia na cobertura do tema.

Sob esse aspecto, alguns dos participantes deixaram clara a influência da imprensa na conformação do enfoque predominante sobre o crack e o “craqueiro”. Mostraram, por exemplo, que, embora venha sendo consumido há mais de 20 anos no Brasil, apenas em 2010 o crack passou a ser pauta recorrente na mídia, onde surgiu a classificação de “epidemia”, como uma espécie de simplificação facilitadora para a percepção do público sobre o

alcance e os riscos dessa droga; só então o termo foi incorporado em trabalhos acadêmicos, acriticamente e sem qualquer referência a fontes, o que, por sua vez, realimentava o noticiário nesse mesmo sentido e ajudava a fabricar o consenso.

Os participantes também apontaram a falta de interesse da imprensa diante de qualquer pauta que não fossem as ações extremas, especialmente a internação compulsória, confirmando assim o que pesquisadores de jornalismo já demonstraram a respeito do agendamento produzido pela mídia. Expuseram as dificuldades no trabalho cotidiano de atendimento aos usuários, pois os próprios profissionais da saúde rejeitam os mais degradados, justamente os que mais necessitam de cuidado, o que amplia a situação de exclusão. Além disso, criticaram o modelo único de tratamento, que fecha a porta a quem não se adapta a ele.

Não há respostas simples nem rápidas para situações como esta, reveladoras de um grave, profundo e antigo problema social. Mas dizer isto é contradizer as expectativas: quem argumenta nesse sentido tende a ser desqualificado como “acadêmico” descomprometido com a ação. Mais fácil é limpar a área, retirar de cena os indesejáveis; para onde vão e o que ocorrerá com eles – se vão para locais de acolhimento desprovidos de condições mínimas de funcionamento, se vão ser despachados para a periferia, longe do alcance regular das câmeras –, nada disso parece ser motivo de preocupação. Que desapareçam, que parem de incomodar: é só o que interessa.

73 Entrevista da 2ª: César Gaviria. “Redução da maioria penal e internação forçada vão fracassar no Brasil”. *Folha de S. Paulo*, 6/5/2013. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/poder/107540-reducao-de-maioridade-penal-e-internacao-forcada-vaio-fracassar-no-brasil.shtml>

Anticoncepcionais para as “mães do crack”

Em maio de 2010, no contexto de uma reportagem da *Folha de S.Paulo* crítica ao governo federal e seus planos de combate ao crack que não saíam do papel, o médico Drauzio Varella alertou para a falta de uma política abrangente de tratamento: “A saúde pública não sabe tratar craqueiro. Não temos trabalhos científicos comparando as melhores drogas para tratar essa dependência. Política, para funcionar, tem de ser de longo prazo”⁷⁴.

Com o passar do tempo, Drauzio foi assumindo a defesa da internação compulsória. Em artigo publicado em 1/12/2012 no mesmo jornal, propôs uma intervenção imediata sobre as “mães do crack”: depois de descrever as cenas degradantes que chocam os leitores mais sensíveis – um deles, na seção de comentários, disse não ter conseguido ir até o fim –, sugeriu que as mulheres viciadas recebessem anticoncepcionais injetáveis em intervalos regulares:

Exigir que sob o domínio do crack lhes sobre discernimento para a disciplina dos métodos contraceptivos é arrogância dos ignorantes que desconhecem a ação farmacológica da cocaína; é tripudiar sobre a desgraça alheia.

Existem anticoncepcionais injetáveis administrados a cada três meses, ideais para esse tipo de situação. Como é insensato esperar que a usuária procure os serviços de saúde, não seria muito mais lógico levá-los até ela?

Antes que os defensores de ideologias medievais rotulem como eugênica essa solução, vamos deixar claro que não haveria necessidade de qualquer constrangimento, as dependentes aceitariam de bom grado a oferta do anticoncepcional.

Elas não concebem filhos com o intuito de viver os mistérios da maternidade⁷⁵.

Simples, não?

Nem se fale da especial dificuldade na abordagem das mulheres que se drogam – no debate do Cebrid alguns pesquisadores mencionaram esse problema, pois elas são “protegidas” pelos colegas que as exploram como prostitutas. Pensemos apenas na lógica do argumento: essas pessoas não têm discernimento para procurar auxílio, mas têm discernimento para aceitar “de bom grado” a oferta do anticoncepcional – e lá o que mais essas injeções possam transportar.

A propósito, não seria demais recordar a experiência de Tuskegee, no Alabama, entre 1932 e 1972, que reuniu 600 homens negros – dois terços com sífilis, os demais são – para observar a evolução da doença. “Não foi dito aos participantes do estudo de Tuskegee que eles tinham sífilis, nem dos efeitos desta patologia”, escreveu o biólogo José Roberto Goldim. “O diagnóstico dado era de ‘sangue ruim’. Esta denominação era a mesma utilizada pelos eugenistas norte-americanos, no final da década de 1920, para justificar a esterilização de pessoas portadoras de deficiências”⁷⁶.

É claro que esta remissão tem o exclusivo sentido de apontar as hipóteses de ultrapassagem de limites éticos na área médica. No caso, em vez de simplesmente fornecer anticoncepcionais, por que não esterilizar logo essas pessoas? Já não estão mesmo no fim da linha?

Por fim, de fato essas mulheres não concebem filhos com o intuito de viver os mistérios da maternidade – nem elas, nem

74 “Governo não sabe como tratar craqueiro”, diz Drauzio Varella”. *Folha de S.Paulo*, 21/5/2010. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff2105201002.htm>.

75 Drauzio Varella. “As mães do crack”. *Folha de S.Paulo*, 1/12/2012. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/colunas/drauziovarella/1194110-as-maes-do-crack.shtml>.

76 José Roberto Goldim. “O caso Tuskegee: quando a ciência torna-se eticamente inadequada”. Disponível em <http://www.bioetica.ufrgs.br/tueke2.htm>

as moradoras de rua em geral, ou tantas das adolescentes pobres, e não só, que engravidam casualmente. Não é difícil perceber, portanto, que essa solução pensada para este grupo específico de pessoas para sanar um problema emergencial possa se estender às demais “emergências” que perturbam o bom convívio social.

Crítico da internação compulsória, o professor Luis Fernando Tófoli aponta o perigo dessa conclusão aparentemente lógica e sensata:

Além da redução de danos, existe um vasto conjunto de estratégias que deveriam ser utilizadas. As respostas às intervenções variam muito de indivíduo para indivíduo, e nenhuma medida tem como ser mais eficiente do que um conjunto delas, sem falar na discussão sobre a reforma da legislação de drogas no país. Isso não quer dizer que não existam casos que necessitem do tratamento involuntário – quando a equipe de saúde assim decide, diante do risco do paciente. Mas a melhor evidência disponível nos permite assumir que os casos que exigem internação involuntária são a exceção e não a regra do universo de usuários de crack. Por fim, quando analisamos a literatura sobre tratamento compulsório ‘aquele determinado pelo poder público e que no Brasil, até o momento, só pode ser aplicado caso a caso e não em massa’ descobrimos que ele é ineficiente como cuidado à saúde e vem sendo criticado por sérias distorções éticas⁷⁷.

Tófoli conclui com uma exortação aos profissionais da área e ao próprio ministro da Saúde, para que supere as pressões políticas e não ofereça respaldo federal “a medidas higienistas e de caráter profascista”. Que, como sabemos, nunca dizem seu nome e sempre se revestem das melhores intenções.

⁷⁷ Luis Fernando Tófoli. A epidemia involuntária e suas consequências, in Observatório da Imprensa, ed. 723, 4/12/2012. Disponível em http://www.observatoriodaimprensa.com.br/news/view/_ed723_a_epidemia_involuntaria_e_suas_consequencias

As brechas para o contradiscurso

A pluralidade de vozes qualificadas reunidas em encontros como os dois congressos citados acima e a manifestação de pesquisadores em artigos publicados em revistas especializadas são indicadores da existência de fontes alternativas ao discurso dominante em relação ao crack. Falam, entretanto, para uma audiência reduzida; podem ampliá-la em outros fóruns. Mas não conseguem penetrar na mídia hegemônica, a não ser periféricamente, porque a ela não interessa esse contradiscurso.

Esse desinteresse não decorre apenas de questões ideológicas – que já seriam suficientemente poderosas –, mas da lógica do senso comum segundo a qual esta mídia trabalha, e que sonha com a fantasia das soluções imediatas para qualquer problema que apareça como ameaça à ordem.

Restam as alternativas: as redes sociais que podem romper esse bloqueio. Podem mesmo? O Congresso Internacional sobre Drogas, por exemplo, foi transmitido pela internet, mas dificilmente terá alcançado um público maior do que o que já se mobiliza em torno dessa questão. Como ampliar esse público e atrair a atenção de quem não percebe a gravidade do que está em jogo é o principal problema para quem está empenhado em promover o debate.

Referências

CONGRESSO INTERNACIONAL SOBRE DROGAS 2013. Carta de Brasília em Defesa da Razão e da Vida. Disponível em <http://coletivodar.org/2013/05/carta-de-brasilia-em-defesa-da-razao-e-da-vida-intelectuais-e-ativistas-defendem-legalizacao-das-drogas/>

- DE LAVOR, Adriano. Protagonismo do usuário como caminho. Revista Radis nº 122, novembro de 2012. Disponível em <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/conteudo/protagonismo-do-usuario-como-caminho>
- DEL OLMO, Rosa. A face oculta da droga. Rio de Janeiro: Revan, 1990
- GOLDIM, José Roberto. O caso Tukesgee: quando a ciência torna-se eticamente inadequada. Disponível em <http://www.bioetica.ufrgs.br/tueke2.htm>
- MORETZSOHN, Sylvia. Alguém como nós na cracolândia. Observatório da Imprensa, ed. 647, 20/6/2011. Disponível em <http://www.observatoriodaimpresa.com.br/news/view/alguem-como-nos-na-cracolandia>
- MORETZSOHN, Sylvia Debossan. O cultivo científico da ignorância. Observatório da Imprensa, ed. 721, 20/11/2012. Disponível em http://observatoriodaimpresa.com.br/news/view/_ed721_o_cultivo_cientifico_da_ignorancia
- _____. A fantasia das soluções imediatas. Observatório da Imprensa, ed. 724, 11/12/2012. Disponível em http://observatoriodaimpresa.com.br/news/view/_ed724_a_fantasia_das_solucoes_imediatas
- _____. A mídia alheia a um debate essencial. Observatório da Imprensa, ed. 745, 7/5/2013. Disponível em http://observatoriodaimpresa.com.br/news/view/_ed745_a_midia_alheia_a_um_debate_essencial
- SINGER, Suzana. Mostra a tua cara. Folha de S.Paulo, Coluna da Ombudsman, 19/6/2011. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/ombudsma/om1906201101.htm>
- TÓFOLI, Luis Fernando. A imprensa entorpecida. Observatório da Imprensa, ed. 701, 3/7/2012. Disponível em http://www.observatoriodaimpresa.com.br/news/view/_ed701_a_imprensa_entorpecida
- VARELLA, Drauzio. As mães do crack. Folha de S.Paulo, 1/12/2012. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/colunas/drauziovarella/1194110-as-maes-do-crack.shtml>
- YOUNG, Jock. A sociedade excludente. Exclusão social, criminalidade e diferença na modernidade recente. Rio de Janeiro: Revan, 2002.
- ZAFFARONI, Eugenio Raúl. O inimigo no direito penal. Rio de Janeiro: Revan, 2008.

Acolhimentos



Drogados e loucos, o que fazer com isso?

Uma conversa sobre “redução de danos”, políticas repressoras e produção de mais existências

Autor

Emerson Elias Merhy

Prof. Titular Saúde Coletiva UFRJ-Macaé, Prof. Associado, livre-docente, aposentado da UNICAMP. Coordenador do grupo de pesquisa: micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde, na Pós Graduação EICOS do Instituto de Psicologia, da UFRJ. Membro do Coletivo Governos de Si (Blog <http://saudemicropolitica.blogspot.com.br>). E-mail: emerhy@gmail.com

Sumário

Com essas reflexões procura-se contribuir com mais ações coletivas de uma outra ordem imaginária, que possa apostar na construção de sociabilidades que não faça divisão entre humanos e humanos não-humanos, partindo da noção central de que a vida de qualquer um vale a pena, das pedras aos viventes, por serem em si expressões de desejos com profundos efeitos biopotentes; ou seja, só produziremos mais vida se apostarmos em mais desejos e não em sua interdição. As apostas na criminalização da droga e do sujeito que a usa são estratégias que vêm gerando práticas fascistas, violentas e policialescas, ao contrário de tudo que é necessário ser feito, conforme o desenvolvimento desse texto.

Palavras chaves

Redução de danos, uso de drogas e cuidado em saúde, micropolítica, cuidado e judicialização, psicossociologia e dependência química, cuidado antimanicomial, redes vivas de existências e desinstitucionalização do manicômio, clínica de baixa exigência, criminalização das drogas, drogas e dependência, drogas ilícitas.

Drogados e loucos, o que fazer com isso?

Uma conversa sobre “redução de danos”, políticas repressoras e produção de mais existências¹

Emerson Elias Merhy

-Como se chama?

-Sonia

-Então, Sonia, como você veio morar na rua e quantos anos você tem?

-Tenho 16 anos e estou na rua desde os 12, quando fugi de casa.

-Você tem uma casa?

-Tinha

-Sei que você usa crack e outras drogas mais. Queria entender o por que, disso, além de querer saber o que te levou a sair de casa, tão cedo, com 12 anos?

-Sabe, se eu não usar uma droga não faço o que tenho que fazer e aí não consigo dinheiro para poder comer e ajudar outros que vivem comigo.

-Fala mais sobre isso de ter que usar droga para conseguir dinheiro. É sobre isso e ganhar dinheiro fazendo sexo?

-É isso, eu transo em troca de dinheiro desde que cheguei na rua.

Para poder suportar a dor ou o nojo, uso droga. Senão não conseguiria.

¹ Muito do que vem adiante foi também retirado de outros dois textos que escrevi sobre: Anormais do desejo: os novos não-humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua, para uma discussão com o Conselho Federal de Psicologia; Produção de vidas não fascistas: por um devir-yawanawa em nosso uso das drogas, no contemporâneo, como apresentação do livro de Ricardo Moebus sobre sua experiência com esse povo;

-Mas, porque você não ficou na sua casa. O que te atraía na rua?

-Nada me atraía. Mas, eu tinha que fugir da minha família. Não aguentava ser estuprada toda noite. Isso começou quando eu estava entre os 10 e os 11 anos. Tinha um irmão do meu pai que me ameaçava e fazia sexo comigo. Um dia não aguentei mais e fugi. Na rua conheci várias outras meninas, muito parecidas comigo, e fui aprendendo.

Esse diálogo é uma ficção baseada em vários caos reais e coloca para nós muitas questões interessantes de serem exploradas. Entretanto, o que me mobiliza nesse momento é o que ele me ensina sobre ideias que tinha sobre redução de danos.

Já havia compreendido como a redução de danos traz enormes vantagens perante a noção de abstinência na perspectiva do cuidado de alguém que usa drogas “ilícitas”² com a abstinência, pois tendo sido um usuário intensivo de cigarro dos 8 anos aos 35 anos de idade, já tinha vivido como tomar uma certa atitude de apostar na abstinência não é tão fácil e, pior, as recaídas são quase ao infinito. Já tinha vivenciado que trocar o uso do cigarro por outros substitutos aumentava de muito minhas possibilidades, inclusive a ponto de parar de fumar de um modo definitivo.

Nessa vivência/experiência constrói junto com as várias ofertas sobre a noção de redução de danos a ideia de que isso implicava em apostas de novos sentidos para o meu viver, mas

² Apesar de sabermos que hoje a maior parte das pessoas serem usuários de drogas “lícitas”, legitimadas pela medicina e que isso tem tido também expressão como uso intensivo, que poderia ser denominado de uso dependente. Mas, mesmo assim, são dadas como “lícitas” e milhões nessa situação, simbolicamente não incomodam perante um que use a chamada “ilícita”.

sempre em torno de uma troca que era claramente positiva em termos de “uma certa saudabilidade” para o meu “corpo biológico”. Ou seja, implicava em uma troca positiva, tomando como parâmetro uma certa noção de saúde como diminuição ou eliminação de situações de danos orgânicos, centralmente, com importantes efeitos emocionais e afetivos.

Porém, a Sonia traz elementos muito mais interessantes para se pensar sobre isso. Usar crack para ela é uma redução de danos. E não há como a julgarmos de outro lugar que não seja o dela mesmo. E com ela aprender isso: redução de danos é um operar a construção de outros sentidos para sua existência, perante outras modalidades de existir que são sofrimentos intensos dos quais queremos fugir, abandonar, deixar ir embora, não querer vive-los.

Sábia menina de 12 anos. Dura vida a ser vivida por isso.

Na continuação do diálogo e de uma certa vivência com ela, e ainda me remetendo a relatos de vários outros pesquisadores ou trabalhadores do campo da reforma psiquiátrica, pude constatar que a quantidade de Sônias ou Josés ou ...ou...ou é infindável. A fuga de uma situação de vida familiar muito traumatizante, e não precisa ser só a dela, posiciona muitas crianças diante de dilemas semelhantes. Viver em risco permanente na rua vale mais a pena do que o sofrimento impingido pelas relações familiares ou de parentescos.

Há relatos de meninos de rua, da Cidade do Rio de Janeiro, que revelam que a fuga de casa se deveu a espancamentos permanentes sofridos pela mãe, por exemplo.

Ou pela agressão física de um outro parente qualquer. E aí a redução de danos nos faz pirar, diante de um olhar muito linear como muitos temos.

Como alguém troca a casa, mesmo sendo espancado, pela rua que é zona constante de perigo de espancamentos e coisas piores do ponto de vista do sofrimento físico, dizendo que ir para a rua foi um movimento muito mais rico do que ficar morando com sua mãe. Não sem deixar de apontar como é temerário viver na rua, mas afirmando que aí tem vida, produz vida, tem mais liberdade ou coisas assim, em suas próprias formas de expressar os ganhos que teve com suas escolhas.

* * *

Como tirar proveito dessa produção de conhecimento que isso traz, diante do que vemos hoje nas ações governamentais contra grupos sociais que vivem nas ruas de muitas cidades brasileiras, catalogadas antes de tudo pelos agentes dessas ações como “drogados”, “dependentes químicos” e por aí vai. E para os quais se oferta substancialmente tratamento medicalizado e internação?

Como aprender com as Sônias e poder repensar os encontros com esses meninos e meninas das ruas, por exemplo.

Não vejo receita. Mas, vejo algumas questões importantes.

Primeiro, o que é droga e o que é dependência? Quem é o sujeito disso? Como isso é produzido?

Além disso, o que é normal ou anormal suportável e quem é insuportável, para além de uma certa conclusão banal e rápida de que precisamos limpar as ruas por causa das Olimpíadas ou

da Copa do Mundo. Pois, esse processo não tem sido restrito ao Brasil. Há também em lugares que não terão nada a ver com esses eventos.

Há, sim, um certo atravessamento “higienista e fascista” perante uma certa diferença que é tida como um incômodo.

Para isso, vale irmos a outras questões e voltarmos para fechar retomando essa questão da redução de danos como um lugar de novas oportunidade de experiências que deem o direito de experimentar diferenças e novos direitos perante sua própria existência.

* * *

Hoje, há um enorme esforço, por parte de setores conservadores, de conduzir a construção de um imaginário social que torne visível os usuários de drogas como zumbis, não humanos. Como vitimizados pela captura-dependência que as substâncias químicas ilícitas lhes provocariam, de tal maneira que eles deixaram de ser sujeitos desejantes para serem meros objetos inertes e irresponsáveis, quanto aos seus próprios atos.

Esse processo atual tem mobilizado muitos recursos por parte de variados setores sociais, como expressão das conquistas que o pensamento conservador e reacionário tem produzido, inclusive com o apoio de uma ampla rede multilinguística de produção comunicativa, que utiliza dos mais variados veículos de comunicação de massa imagéticas, orais, textuais. Esse movimento, conseguiu se aliar a um certo agrupamento social que advoga para si as formulações tidas como “científicas” e, portanto, produtoras das verdades sobre o problema que eles mesmo

nomeiam, como as expressas por certas entidades corporativas do campo da saúde, como: conselhos profissionais, sociedades de especialidades, e mesmo por figuras populares que atravessam todos esses lugares, como os médicos midiáticos, por exemplo.

Seguindo um pouco o eixo sobre os anormais³ poderíamos pensar o que havia no jogo imaginário quando os “leprosos” eram os ícones dessa representação. Neles, via-se a força da maldição divina perante os de alma impura, os pecadores que não se resignaram, os que não deram conta de eliminar o pecado original. Mais do que afirmar a maldição em si, o que se afirmava era o divino, sua metafísica e força sobre os humanos, inclusive determinando o que seria o humano a ter chances na sua peregrinação para uma outra vida, após a morte, ou os que não teriam por terem perdido essa possibilidade por não serem mais tão humanos, assim. Ser leproso tinha força simbólica para além de qualquer enfermidade específica.

A força dessa construção milenar ainda hoje se faz presente, mas podemos dizer que no começo do século XIX já estava instalado um outro grupo de anormais que deslocava a “lepra”⁴ como ícone da anormalidade, que eram os loucos. Não uns loucos quaisquer, como “brinca” Machado de Assis no seu conto *O Alienista*, mas o que podemos chamar de “loucos muito loucos”, por serem aqueles possuídos de tal desrazão, que desorganizam e intranquilizam aos que se consideram no máximo “pouco louco”. Pínel, no começo dos XIX, terá um papel

relevante nessa produção, junto com vários outros profissionais do campo da saúde, e ajudará a marcar a trajetória desse processo por décadas a fio, mesmo que sob visões de verdades distintas das suas.⁵

Esse novo ícone vai ocupar um lugar especial nessas sociedades, mais atuais, que precisavam afirmar que para “ser humano” precisava-se possuir a capacidade de fazer uso da boa razão. De uma razão que não só evoluiria para ser cada vez mais aprimorada, mas que também e por isso humanizaria o mundo e os incivilizados. Nessas sociedades, já não tão prisioneiras da metafísica divina, constitui-se uma nova metafísica a da razão e do agir racional do humano. Todos que pudessem mostrar o contrário precisariam ser catalogados, vigiados e cuidados. Seja lá o que isso possa significar, pois muitas vezes a prisão em estabelecimentos especiais, como os manicômios, eram vistos como a boa prática perante esses novos não-humanos.

Não eram poucos os pensadores consagrados que apontavam de um certo modo que a razão europeia evoluiu tanto, na noção de boa razão, que tinha o poder de civilizar os selvagens do mundo não europeu. Somos fiéis testemunhas disso, até hoje. No mesmo movimento, a medicina faz esse percurso, mas apontando através da psiquiatria a necessidade de tratar dos sem razão e os que resistissem como desrazão deveriam ser excluídos e aprisionados, em nome da proteção de si mesmo e dos outros.

Como sempre, a sociedade com suas práticas cria o problema e a medicina os mecanismos de disciplinalizá-los, e

3 Foucault, M., *Os Anormais*. São Paulo, Martins Fontes. 2010

4 No Brasil, podemos ver isso na passagem do século XIX para o XX. Méry, E.E. *O capitalismo e a saúde pública*. São Paulo, Editora Hucitec. 1987.

5 Foucault, M. *O Poder Psiquiátrico*. São Paulo, Martins Editora. 2006

ao contrário do que advoga, não é a evolução dos seus saberes que produz esses seus objetos. Esses não são frutos de mais conhecimentos científicos sobre o normal e o patológico no humano, mas construções societárias do que são os normais e os anormais sociais.⁶

Nesse movimento, a medicina e seus equivalentes se figura de sua face de política social para garantir uma certa normalidade humana, vigiando, controlando e punindo. O “louco muito louco” passa a ser o anormal do momento, atravessando os séculos XIX e XX como o principal ícone do humano não-humano.

Nas sociedades contemporâneas, em particular depois da guerra dos anos 1940, como diria Deleuze⁷, e de uma outra maneira também Antônio Negri⁸, há certas modificações nos modos de se construir os anormais e de operar estratégias de enquadramento. Não basta mais medidas disciplinares tão desenvolvidas até o século XIX, não bastam as soberanas, algo de novo é construído para gerir o viver na sociedade. Mas, esses novos modos de controle não eliminam os anteriores, pois passam a se potencializar na convivência.

Na conversa de Deleuze com as ofertas de Foucault para pensar os biopoderes que podem agir na gestão da vida, fica evidente que os mecanismos anteriores como o poder soberano, que tinha o poder sobre a morte e deixava viver, e o da biopolítica no período que agia sobre a dinâmica das populações, que tinha o poder sobre a produção da vida, já não eram suficientes. Seus

aliados, como a medicina do corpo de órgãos, já não davam conta do que vinha ocorrendo na sociedade atual, na qual os processos de subjetivação sobre a gestão da vida, ganhava espaços de exercícios mais autônomos pelos indivíduos ou pequenos grupos identitários.

Como em paradoxo, ao mesmo tempo que aumentavam as possibilidades de tornar todos consumidores vorazes, nessa repetição instalava-se diferenças singularizantes, o que sempre foi um risco para sociedades como as capitalistas, que sempre precisou fazer a gestão da vida dos coletivos para sugar suas forças vivas alimentando o capital. Porém, sempre foi um paradoxo dessa mesma sociedade que na medida que necessita da exploração do trabalho, também corre o risco da revolta das multidões dos próprios trabalhadores. Em Marx essa é uma marca das ações contraditórias das sociedades capitalistas, sob qualquer formato.⁹

Deleuze aponta o desenho da sociedade de controle como aquele que ordena um conjunto de estratégias que procura operar dispositivos de subjetivações a ponto dos indivíduos e coletivos autogerirem a produção de suas vidas, porém sobre certos territórios identitários e não outros. Como o de se vestir de consumidor de bens de mercado para produzir a si mesmo. Os diagramas de força dessa sociedade estariam a todo momento produzindo vidas desejantes sempre na falta, para não pararem maquinicamente de operarem de modo autocentrado, subjetivado como desejo capitalístico. Essas seriam as máquinas da linha de produção dos normais do desejo.

6 Foucault, M. *Segurança, Território, População*. São Paulo, Martins Editora. 2008

7 Deleuze, G. *Foucault*. São Paulo, Brasiliense. 1988

8 Negri, A. *O Poder Constituinte*. Rio de Janeiro, DP&A Editora. 2002

9 Marx, K e Engels, F. *O Manifesto Comunista*. São Paulo, Editora Paz e Terra. 2007

Ser-humano nesse novo mundo é desejar dentro de certos modelos estéticos para o viver. Por exemplo, suporta-se qualquer individuação, desde que clônica nos territórios existenciais capitalísticos, como acontece com o nú em público, desde que sob um corpinho malhado.

Essa aposta de constituição da vida individual e coletiva aponta para novos paradoxos a atuar no limite do que seria o não-humano, da hora. A gestão da vida agora com um componente forte de autogestão, pede dispositivos sociais de subjetivações mais sofisticados e virtuais, imateriais, mas sempre como elemento de uma inteligência coletiva capitalística. Ao mesmo tempo que se necessita de um autogestor que tenha em si, por exemplo, conhecimento para cuidar de si, produzindo a si mesmo, esse conhecimento como dispositivo capitalístico não poderá desdobrar-se em qualquer tipo de subjetivação.

Como o conhecimento enquanto dispositivo de controle há vários outros nessa dimensão imaterial que acionam as subjetivações capitalísticas, como apontamos no começo do texto ao indicarmos a presença de múltiplas ações linguísticas na construção de imaginários sociais sobre os modos normais de viver.

Entretanto, nesse campo, não há garantias de controle total, a produção de desviantes é parte do processo, pois onde há captura é onde há fuga resistente. Em paradoxo, estimular os desejantes, ativá-los, gera campo de multiplicidades. E como no filme *Blade Runner*¹⁰ a sociedade que se funda nesse processo, necessita dos seus caçadores de não-humanos resultados de si mesma.

No campo da saúde, forte aliado dos processos da ordem biopolítica, novos biopoderes são requisitados. A própria medicina cede lugar para sua transformação. De exclusivamente dos corpos de órgãos, agora temos uma medicina do corpo sem órgãos. E com ela operamos o risco de deixar de ser normal como a expressão da nova forma de adoecimento.

Vejamos, os sinais que vêm da rua, da tensão dos espaços públicos e privados.

Em nome de muita coisa, simbolicamente fortes, produzimos ali no dia a dia do cotidiano, nas relações com os outros, uma possibilidade de ações mini-fascistas bem legitimadas, quando encontramos, por exemplo, um fumante comum. Vários de nós, não fumantes ou ex como eu, se autorizam a produzir atos violentos com olhares, falas, expulsões e criminalizações ao encontarem alguém fumando debaixo de marquises, ou mesmo em fumódromos.

Olhamos para eles e pensamos de modo imediato: que falta de controle, que suicidas, que dominados por desejos impuros. Será que são tão desinformados assim que não vêm o risco de morrerem disso. E, por aí, vamos desqualificando-os ao ponto de quase colocá-los no limite de serem tão pouco humanamente lógicos, que por pouco não os nominamos de “os novos loucos”.

Mas agora os novos loucos do desejo e não da desrazão.

É de impressionar como os coletivos se autorizam a tomar essas posturas que chamo de mini-fascistas. Nome que trago inspirado por vários pensadores da micropolítica. Guattari é

¹⁰ Do diretor Ridley Scott

um dos que mais me agrada nas denúncias e antecipações desse tempo que vivemos, hoje, pela força de suas enunciações.¹¹

Vejam que interessante o papel que o saber da saúde joga nisso. Pois, diante de certos problemas colocados socialmente, como o prejuízo que as doenças pelo fumo provocam nos sistemas de saúde, operam ações bem hipócritas – as estratégias perante os usuários do fumo são as eleitas como as mais fundamentais e não as que atinjam a produção das indústrias de cigarros ou equivalentes – passam a criminalizar o desejo do usuário e deslocam os dispositivos de subjetivação para esse terreno existencial. Como tal constroem máquinas de repressão do desejo para disciplinar os indivíduos e coletivos dentro de uma ação global, contando com as produções do campo da saúde inclusive como um dos principais caminhos pela medicalização, a produzir imaginariamente a problematização do viver e sua disciplinarização e controle, indicando modos estéticos de se ter “uma vida do bem”, afirmando parâmetros identitários de práticas de saudabilidade para isso.

Essa nova constituição do campo da saúde, agora de posse de uma clínica do corpo sem órgãos - atuando sobre o risco de sermos enfermos por estarmos saudáveis mas praticantes de desvios do desejo e, portanto, produtores de comportamentos inadequados -, vai varrendo na micropolítica da vida cotidiana várias situações que serão elencadas como importantes objetos de suas interações. Sempre com a marca

de se dirigir para o campo da produção subjetiva do usuário, atrás de seus desvios.

Quem hoje não senta em uma mesa de refeição e fica martelando que se comer uma feijoada vai perder dias de vida, e mesmo que isso seja irresistível, se vê acusado de irresponsável ou de suicida até por si mesmo. E, após, esses atos prazerosos se pune procurando na refeição seguinte comer alimentos-remédios mais saudáveis ou representados como tais, apostando que possa recuperar os dias perdidos com os atos incontroláveis da refeição anterior.

Pensa rapidamente, sem que nenhum profissional de saúde tenha que agir em perspectivas medicalizantes, na necessidade de fazer exames médicos para saber do grau de comprometimento que se encontra, ou mesmo ir atrás da indicação de certos medicamentos que atuariam no “corpo saudável”, para não deixar de sê-lo e por aí vai. Alguns desses “desviantes” deprimem de maneira autopunitiva por se considerarem fracos em si, por se verem escravos de seus desejos.

E vale pensar o que são oferecidos para esses anormais do desejo do ponto de vista societário, ainda mais quando a sociedade atual construiu uma tal forma de representação sobre eles que a própria adolescência e infância, que são momentos de grandes testagens desse mundo subjetivante em nós, viraram grandes objetos de intervenções dentro desses paradigmas do controle dos desvios.

A sociedade atual constrói a forte imagem que a infância e a adolescência são grandes momentos de desvios e precisam ser atingidas por fortes mecanismos de controle. Vejam a quantidade

¹¹ Guattari, F; As 3 Ecologias, São Paulo, Editora Papirus. 2005

de processos criminalizadores que hoje se fabrica para essas fases do viver e o quanto a medicina e as práticas de saúde como um todo vêm se debruçando sobre elas, medicalizando-as sob o invólucro da psiquiatria, de modo especial.

Essa pobreza de oferta de redes de conexões existenciais para quem está experimentando novas formas e estéticas de vida para si, contituindo-se, anda de par e passo com o olhar que vê perigo em qualquer manifestação interessante de atos não controlados. Como por exemplo a ocupação de espaços públicos para praticar relações artísticas ou simplesmente para brincar. As praças, agora, sob prescrição medicalizante terão que ter aparelhos para exercícios físicos saudáveis e deverão ser reguladas. Outras manifestações fora desse imaginário devem ser excluídas, por andarem mais com Dionísio do que com Apolo.¹²

Essa pobreza enclausura a busca por novos experimentos que sempre conviveram com a humanidade, como sempre foi o uso das drogas, na busca de novas experimentações para as emoções, afetos e desejos. De modo hipócrita essa mesma sociedade controladora recusa qualquer discussão sobre legalização ou descriminalização nesse campo. Ao contrário, constrói mecanismos para que o uso das drogas seja crime a priori, empurrando os usuários de drogas para um “lugar de não-humano”, nas margens dos espaços societários autorizados.

Estão aí os ruídos vindo das cracolândias. Mas, também da tolerância zero que não permite nem manifestação artística

espontânea nos espaços públicos. O mini-fascismo se alia, agora, ao fascismo dos aparatos policiais.

Os coletivos formados pelos usuários de drogas, ocupantes de ruas e praças, em qualquer cidade, vêm se tornando um prato cheio para fascistas e para construção de um medo atávico pelo não controlado, levando de roldão qualquer tipo de movimento que se alia a uma aposta biopolítica de outro tipo, diante da invenção de novas biopotências¹³, autogestionária de uma vida livre e não clonificada, impedindo de tal maneira esses possíveis exercícios de uma forma ampla e criativa.

E, ao contrário, reforçam como prática efetiva de ação para aqueles coletivos, ampliando um agir hipócrita, advogam mecanimos de ação interdiores do desejo apoiadas em práticas repressivas e policialescas.

Apontando para a internação compulsória em comunidades terapêutica e não novas conexões existências e vínculos produtores de novos desejos de viver. A interdição do desejo é o grande eixo, procurando neutralizar as ofertas opostas de se operar sobre a produção de mais desejo e assim mais conexões de vida, única forma que entendo com chance de construir uma agir solidário com aqueles que vivem as consequências do uso abusivo de certas drogas. Talvez porque esse produza mais singularidades e mais desejos, mais diferenças que enriquecem as sociedades em termos da diversidade do viver e do partilhamento.

13 Pelbart, P.P. Vida Capital São Paulo, Editora Iluminuras. 2003

12 Nietzsche, F. Genealogia da Moral São Paulo, Editora Companhia das Letras. 1998

A redução de danos tem tudo a ver com isso, como já apontamos e voltaremos, mas antes apontar para a questão do usuário intensivo de “drogas”, sob diferentes perspectivas, pode alargar o que quis posicionar, lá no começo, sobre a Sonia.

* * *

Vale nos debruçarmos mais detalhadamente como se constrói esse percurso de interditar a produção de mais vida, nesses grupos sociais jogados para mecanismos pobres de viver, inclusive pelos oferecidos pelo campo da saúde, psiquiatrizado de modo brutal hoje em dia?

A primeira construção é a que associa o usuário de droga como dependente químico, como se o objeto fosse o elemento capturante e anulador da possibilidade de indicar que esse usuário antes de tudo é desejante, e como tal faz movimento produtivo para o consumo, inclusive abusivo. Isso tem relevância, pois se ele é vítima da substância só a abstinência e a interdição do contato com a droga podem produzir efeitos terapêuticos, como muitos advogam e procuram provar cientificamente. Dentro disso só a internação compulsória teria um bom resultado, pois tornaria impossível aquele contato e desse modo a “vítima” teria a chance de escapar da captura-dependência.

Porém, se isso for só uma das verdades possíveis, as estratégias centradas exclusivamente nessa lógica fracassariam em um número razoável. O que, aliás, as experiências com abstinências não desejadas, mas impostas, mostram com a produção da quantidade importante de grandes fracassos terapêuticos. Estão aí as estatísticas com alcoolistas cujos êxitos

terapêuticos pouco beiram os 30%. Ampliem isso para se pensar os grupos de obesos, de diabéticos e de hipertensos ou equivalentes mais leves do ponto de vista do preconceito social, dos anormais do desejo. Os fracassos terapêuticos são o tom desses tipos de ofertas, nos modelo medicalizantes predominantes de hoje.

O interessante é que há investimentos maciços nesses caminhos, ainda mais que o passo aliado dele, o da abstinência ou controle do desejo criminalizado, anda de mão dada com medicalizações medicamentosas, que possam inibir o desejo perverso. Com isso, essas experiências não só contam com apoio de recursos governamentais que adotam o discurso de um possível caos social se não agir, nunca comprovado, mas também contam com recursos de outras fontes, inclusive de indústrias de medicamentos.

Como já pontei, hoje, 2012, no Brasil ocidentalizado, europeizado e americanizado, os usuários de drogas são tratados como vítimas de um sujeito poderoso: a droga em si. Na propaganda do Ministério da Saúde, aponta-se para o poder de sujeito da pedra do crack e a necessidade de se dizer não a ela, colocando-a no centro dos processos desejantes e procurando revelar o usuário como sua vítima e seu dependente.

Nessa perspectiva, o usuário é tido como um fraco que cedeu, que foi arrebatado para uma vida que não é vida, pior, uma vida que, por não ser uma boa vida, ameaça as boas que vivem. O usuário de drogas, como um anormal, deve ser buscado ativamente, quando não criminalizado, internado para ser tratado do seu desejo doentio. A droga é vista como um poder maligno, que destrói a humanidade.

Obviamente estou falando de certas drogas, não de todas. Porque há drogas que, quando indicadas por aqueles que são reconhecidos seus competentes manipuladores, como os médicos, são tidas como benéficas, produzindo, por isso, mais vida no outro que precisa dela. O elemento que dá essa garantia é o médico, como um guia que dá a certas drogas um lado positivo na manutenção da humanidade já instalada, ou mesmo, na recuperação da sua perda.

Enfrentar os drogados anormais com drogas boas tem sido um dos principais arsenais da psiquiatria contemporânea, como elemento central para o tratamento, que, para isso, precisa do controle soberano sobre o desejo do outro – o drogado – e, por isso, lança mão da internação, que destitui do outro seu lugar de desejoso.

Tomar esse mecanismo como forma de relações de poder na contemporaneidade tem muito a ver com novas formas de exercícios de poder, que não só lançam mão de relações de dominação, como o poder soberano, ou de relações disciplinares, que punem quem não se comportar de certos modos socialmente constituídos, mas que lançam mão também da noção de que “você pode ser o maior risco para você mesmo”, ao viver certos modos de vida e não outros, ao viver de modo a ameaçar a boa qualidade de sua própria vida, ao não promovê-la. Sua qualidade de vida está prescrita pelos saberes ordenados por uma medicina que lhe promete vida eterna, se o seu viver for saudável. Saudável conforme certas modelagens de viver.

Essa conformação do autorrisco implica a conformação de uma proposta de construção de subjetividades assujeitadas

que se autogestionem, se autovigiem, se autopunam, castrando o mais libidinal e saboroso em você mesmo.

A droga, como veículo da experimentação de novas formas de exercícios de viver, é tomada como desviante. Esse processo, porém, não é tão genérico entre os distintos grupos sociais, pois, para aqueles que são considerados os “miseráveis”, os “pobres”, o uso da droga é considerado uma forma de fraqueza, perante os desafios de busca de viveres mais produtivos e socialmente recomendados.

A droga “ruim”, que não foi manejada pelo médico-guia, é criminalizada e a ela se dá o poder de ser elemento de destruição da nossa humanidade.

* * *

Nesse ponto, de posse de um outro texto que escrevi para apresentar o livro de Ricardo Moebus: *Pisco Trópicos*, que nos traz a vivência com o uso das plantas sagradas no Povo Yawanawas, posso usufruir da pretensão declarada de “olhar” um outro mundo onde a “droga psicoativa” é lugar da divindade e como tal constitutiva do próprio povo, em si. E com ela somar aprendizagens ao que Sonia já tinha aberto, e que a reflexão até agora procurou expandir.

* * *

Lendo o relato do Ricardo Moebus, parece que, na vida dos Yawanawas – povo indígena na região amazônica –, de fato, os psicoativos são sujeitos especiais e humanamente bem fundamentais. Instituídos em outro mundo, no seu perspectivismo, eles os endeusam, os posicionam como médiuns,

para que se possam desenvolver capacidades de experimentar caminhadas por outras dimensões do seu mundo, que, invisíveis, só se materializam com a ajuda desses psicoativos-deuses. Trata-se de experiência fundamental para explorarmos, em termos existenciais, a multiplicidade do viver. Ao usá-los, tornamo-nos mais sábios e preparados para disparar a produção de vida, que, no caso dos Yawanawas, também é disparar vida em si e nos outros.

Seja que formulação for, esses psicoativos agem e, como artefatos, disparam redes existenciais em quem os usa. O mais fascinante é que esses psicoativos, por um lado, produzem existências em acontecimento, mas, por outro, são manejados para produzir, em certas circunstâncias, alguns resultados desejados.

Os Yawanawas, em situações de perigo, usam certas substâncias e não outras, como muitos competentes poetas, artistas, amigos, conhecidos também fazem, aqui e agora, e, com esse modo de existir, são tomados por muitos como seres especiais.

Ter seus guias como o Mahatma Bira, nominado assim pelo autor, parece ser essencial para se fazer uso produtivo dos psicoativos-deuses, inclusive pelo manejo na sua fabricação e veiculação, no preparo do ritual e na proteção que o usuário necessita ter por estar mexendo com forças não plenamente controláveis.

O paradoxo com o nosso mundo, porém, é que esse movimento de produzir e usar um psicoativo-divino é considerado, no mundo Yawanawa, como mais produção de vidas, que só podem ser experimentadas com a ajuda e intervenção dele. Mais

ainda, só se podem experimentar qualidades maiores de uma vida mais ampliada por meio do uso desse tipo de substância.

Seres especiais apresentam-se nessas experimentações – e não são seres obrigatoriamente saudáveis à vista da nossa compreensão do que seja o viver nos nossos processos de medicalização das existências. Não cabe a noção de anormal e patológico nesse território, como as formulamos, e muito menos da autogestão do risco que somos para nós mesmos, como modos de autocontrole, para termos mais tempo de vida, independentemente de esse tempo ser usado para não se fazer nada de diferente.

* * *

Seriam os Yawanawas bons guias para nos deslocarmos do modo como nos relacionamos com as questões das drogas?

Usar drogas hoje, no mundo fascista em que vivemos, é resistência de um devir-Yawanawa ou é produzir vidas fascistas, em si e nos outros?

Poder olhar de outro mundo as nossas péssimas negociações com todas essas questões e a hipocrisia com que agimos, para mim, é um dos efeitos desse interessante relato que o autor traz, para que possamos viver de maneira mais próxima suas próprias vivências.

Podemos nos sentir lá, experimentando esse outro mundo dos Yawanawas, e, com eles, deslocar nossos territórios de visibilidade. Podemos operar com nossos olhos vibráteis e, com eles, desencarnar as drogas da maldição diabólica, colocando-as como ferramentas para explorarmos o “de fora” como virtual

possível de nos engancharmos. Talvez, desse modo, do vício criemos certos viveres novos, desconhecidos e produtivos. Talvez, como Sonia, produzimos vida até no uso do crack. Cabe a nós, os outros descobriremos isso para podermos nos conectar e ser ofertas mais enriquecedoras de existências.

Como os Yawanawas, talvez, possamos também ter nossos potentes guias para o uso delicado de nossas drogas, que estão aí a toneladas e criminalizadas. Desencarná-lo do terreno do mal, denunciá-lo como prática fascista, que não tolera a vida, que cultua a eliminação, com um modo de manipular as drogas anti-Yawanawas, é chave para não se cair dentro da captura que as políticas atuais têm caído.

Poder criar outro terreno para o uso das drogas, que podem ser desejadas como um médium que potencializa os mecanismos de produção de humanos, que possa abrir horizontes para a construção de novos desejos e sentidos para a vida. Pode, talvez, criar a nossa forma de ver o outro não como usuário ou dependente, mas como desejante de fato e com isso abrir novas formas de negociação relacional para produzir sentidos de produção de outras vidas, ali onde pode-se estar diante de uma circularidade relacional. Sair da vida de um lugar familiar onde o estupro é praticado, para uma outra no escuro seja mais forte como chance de poder viver.

* * *

O relato da Sonia é intensamente convidativo disso e com certeza uma posição de julgamento moral ou de imposição de abstinência não estaria nesse território de negociação existencial

e como tal não estaria engravidando a convidativa e produtiva ideia de redução de danos.

Só apostas de produção de mais desejo, com possibilidades de suportá-los, pode agir nas formas de produção de vida dos vários que estão aí como Sonia. Infelizmente, essas apostas são as que menos têm contado como apoio governamental – é só ver como a maioria dos dirigentes municipais e estaduais têm legitimado suas relações com Comunidades Terapêuticas, verdadeiros aparatos de concretização dos novos caminhos manicomiais de uma sociedade que mudou a figura do anormal – mas têm mostrado, onde tem acontecido, sua riqueza como testemunham vários grupos de ação na rua no campo da cultura, como o “Se essa rua fosse minha”, que atua há mais de 20 anos junto com meninos e meninas que vivem nas ruas do Rio de Janeiro.

Verdadeiros redutores de danos com seus trabalhos no campo da teatralidade circense.

Paradoxos entre a literalidade legal da política para o cuidado à população feminina privada de liberdade e sua execução: a vida de Bárbara coloca tudo em xeque

Autores

Clarissa Terenzi Seixas

Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Líder do Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde/ Pólo UERJ. E-mail: claseixas@gmail.com

Elisa Gabriela Neri Rosa

Acadêmica de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UERJ. E-mail: enf.elisanrosa@gmail.com

Emerson Elias Merhy

Professor Titular do Curso de Medicina da UFRJ/ Macaé. E-mail: emerhy@gmail.com

Tiago Braga do Espírito Santo

Professor Assistente da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Co-líder do Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde/ Pólo UERJ. E-mail: tbes81@gmail.com

Sumário

Analisa a contradição exposta pela literalidade da lei e o cotidiano da situação de cárcere feminino, por meio da trajetória de uma mulher que deu à luz sozinha em uma cela de isolamento em uma penitenciária do Município do Rio de Janeiro. Para tanto, resgata a história das instituições carcerárias femininas, os marcos legais que asseguram os direitos das mulheres em situação de cárcere e a especificidade da questão na relação com a Saúde Mental e com a maternidade e a gestação.

Palavras-chave

Prisões, maternidade, saúde mental, feminino.

Paradoxos entre a literalidade legal da política para o cuidado à população feminina privada de liberdade e sua execução: a vida de Bárbara coloca tudo em xeque

Tiago Braga do Espírito Santo

Elisa Gabriela Neri Rosa

Clarissa Terenzi Seixas

Emerson Elias Merhy

Este texto surge do contato com publicações, em registros noticiosos impressos e virtuais, que chamaram a atenção por descrever um episódio ocorrido no ano de 2015, envolvendo uma mulher em situação de cárcere, na cidade do Rio de Janeiro. A partir das notícias encontradas, o episódio pode ser assim sintetizado:

Bárbara Oliveira de Souza, 35 anos, presa em abril de 2015 por tráfico de drogas, foi encaminhada para a penitenciária Talavera Bruce, no complexo de Gericinó na Zona Oeste do Rio de Janeiro, unidade feminina que apresenta uma Unidade Materno-Infantil. A diretora e a vice-diretora da penitenciária, pela decisão de encaminhar Bárbara a uma cela individual - ou solitária - como conduta disciplinar, foram afastadas dos seus respectivos cargos por determinação da Vara de Execuções Penais. A decisão baseou-se no ocorrido no dia 11 de outubro de 2015, quando Bárbara, em estado

avançado de gestação (41 semanas), foi transferida ao isolamento, de “castigo”, onde deu à luz na solitária.

Apesar das solicitações de ajuda, por meio de gritos da gestante e das detentas de celas vizinhas, o bebê saiu da solitária preso à mãe através do cordão umbilical. Em seguida, Bárbara foi encaminhada ao Hospital Albert Schweitzer, em Realengo, onde foi recomendada a sua transferência para um hospital psiquiátrico. No dia 14 de outubro, no entanto, Bárbara retornou à penitenciária e foi reconduzida ao isolamento, onde permaneceu por nove dias sem ter recebido qualquer atendimento de saúde mental. Seu bebê, uma menina, foi encaminhado para um abrigo municipal.

A Secretaria de Estado de Administração Penitenciária (SEAP) justifica a conduta de isolamento por motivos de segurança devido ao comportamento “muito agressivo”, como suposta consequência de “crises de abstinência de drogas”. A SEAP garante que a detenta não foi submetida ao isolamento disciplinar.

Os registros indicaram argumentos referentes ao estado de saúde mental da detenta, afirmando ser “paciente psiquiátrica”, “usuária de crack” e que teve um “surto psicótico” devido à privação de narcóticos e encontrava-se em “abstinência

de drogas”. Todavia, algumas notícias declaram que a detenta sofre de “depressão profunda”, “problemas psicológicos” e que necessitava do uso de “medicamentos controlados”.

Em entrevista com familiares de Bárbara, soube-se que esses só foram informados da sua prisão em agosto daquele ano de 2015, através do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) pelo qual ela era acompanhada; relatam que foi um susto quando receberam a notícia, por meio dos jornais, de que Bárbara estava grávida e tinha dado à luz em uma solitária, sem qualquer acompanhamento. Afirmaram, ainda, que Bárbara “não é usuária de crack” e dependia de “medicação para controle de distúrbios mentais” por ser “esquizofrênica” e que tomava remédios desde a adolescência.

A partir desta síntese do relato jornalístico, questiona-se: o suposto “comportamento agressivo” justifica o encaminhamento de uma mulher em trabalho de parto à solitária? Foram consideradas as questões de saúde mental e do uso de substâncias nessa decisão? Como as instituições prisionais femininas se comportam e como se tornaram mecanismos estatais para o controle dos corpos femininos, em um diálogo articulado entre a expectativa social punitiva e o campo jurídico-policial?

Um breve debruçar-se sobre os dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen) de 2000 a 2016, demonstra que a população penitenciária feminina cresceu

de 5.601 para 42.355 detentas nesse intervalo, o que representa um crescimento de 656% em 16 anos. Outro dado relevante do relatório de 2016 é a distribuição de crimes por gênero: das infrações cometidas por homens, 26% relacionava-se ao tráfico de drogas; já dentre os crimes que levaram mulheres ao cárcere, 63% estão vinculados ao tráfico de drogas (INFOPEN, 2017).

É premente lançar um olhar circunstanciado, a partir do campo da saúde, para a questão das mulheres em situação de cárcere, sobretudo em contextos que envolvem condições agravantes como a gestação, transtornos mentais e uso de substâncias psicoativas. Nessa direção, partindo do incômodo causado pela narrativa midiática do «Caso Bárbara», buscou-se resgatar brevemente a trajetória das instituições prisionais e como a especificidade das mulheres foi, gradativamente, tomando lugar nos debates deste campo em cenário nacional; problematizar a construção legal do direito à saúde das mulheres em situação de cárcere e a natureza e efetivação das ações que lhes eram destinadas; e retrazar o caminho das políticas voltadas para o atendimento em Saúde Mental de pessoas em situação de cárcere, com foco nas mulheres com transtornos mentais, assim como a evolução das políticas voltadas para essas mulheres em situação de gestação e maternidade. Esperamos, à partir desse resgate histórico, problematizar a construção social contemporânea do cárcere para a população feminina e fundamentar reflexões acerca dos paradoxos existentes entre o texto frio da lei e a execução desta no cotidiano. Sobretudo, intentamos dar visibilidade e dizibilidade à mulheres como Bárbara, cujas vozes eram e são sistematicamente silenciadas.

Da docilização dos corpos femininos: o surgimento das instituições prisionais para mulheres

A ideia de justiça orienta, mesmo antes das estruturas prisionais, a forma como a cada sociedade lida-se com os comportamentos divergentes. O Código de Hamurabi, primeiro corpo de leis de que se tem notícia e cuja origem remonta aproximadamente a 1.772 a.C., reafirmava a desigualdade social pelo seu conteúdo parcial, que favorecia as classes superiores. As penas ali descritas incluíam ressarcimento monetário, retaliações corporais e pena de morte e pretendiam ser proporcionais à transgressão cometida; a custódia - em masmorras, calabouços ou aposentos insalubres de castelos - era utilizada apenas com a intenção de resguardar o réu enquanto aguardava sua execução ou julgamento. Na Antiguidade Clássica (séc. VIII a.C. a séc. V d.C.), os primeiros relatos também previam penas distintas conforme o delito, principalmente as corporais e monetárias; a privação de liberdade ainda não constituía um instrumento da condenação (OLIVEIRA, 2016).

Na idade Média, na Europa ocidental, as penas eram estabelecidas pelos governantes, ao passo que a sua execução - forca, fogueira, guilhotina e afins - estava a cargo do clero ou da autoridade local, promovendo espetáculos públicos a fim de reconstituir a soberania e o poder do lesado. Foi no século XII, na Inglaterra, que surgiram as primeiras prisões para fins de cumprimento de pena, sinalizando uma lenta transição da função preventiva do cárcere (evitar a fuga) para o que viria a se tornar na contemporaneidade (FOUCAULT, 2014).

No período conhecido como Renascença, entre os séculos XIV e XVI, o humanismo, o cientificismo e o laicismo nascentes passaram a determinar os valores morais e as punições desvincularam-se da igreja católica, à medida que explicações não-religiosas eram dadas para os crimes. Este processo levou a uma reforma das prisões europeias que, progressivamente, se configuraram nas instituições penais contemporâneas. O criminoso, por sua vez, passou a ser reconhecido como alguém que não se adaptou às normas estabelecidas pela sociedade, passível de aprisionamento, e não apenas de marginalização (OLIVEIRA, 2016).

Contudo, na prática, o que se observou foi uma nova distribuição do poder e reformulação dos castigos: os espetáculos de suplício deixaram as praças públicas e foram remodelados para o domínio sobre o corpo, traduzido em reclusão, trabalhos forçados, servidão, interdição, etc. A economia de poder das instituições prisionais avançou para o modelo da vigilância, em uma minuciosa arquitetura que posiciona na centralidade do dispositivo o guarda - que tudo observa - e, na periferia, o preso - que é controlado a todo momento. Este modelo deu origem às primeiras penitenciárias do final do século XIX que, ao privar a liberdade, almejavam não apenas combater a criminalidade, mas também ser um dispositivo disciplinar para a normatização/normalização do comportamento social. Nesse sentido, seja suplício, seja privação de liberdade, ambos os modelos atuam em uma única direção: o controle do Estado sobre o corpo dos indivíduos (FOUCAULT, 2014).

O século seguinte avançou na questão da privação de liberdade como prática penal condenatória, com intenção de “corrigir” e “reeducar” a moral do condenado, dando lugar à perda de um bem ou de um direito (FOUCAULT, 2014). Nesse cenário, as mulheres consideradas marginais ainda dividiam o mesmo ambiente que os homens.

Foi por volta de 1830, na França, que a casa Bom Pastor d’Angers, instituição religiosa criada em 1692 sob pretexto de recuperar a alma e a moral de meninas e mulheres em situação de abandono (as “vagabundas, desobedientes e prostituídas”), se converteu em instituição prisional feminina, conformando progressivamente um mecanismo de poder cada vez mais estruturado que buscava docilizar e adestrar os corpos femininos a fim de (re)adequá-los às normas sociais, sobretudo ao ambiente doméstico e religioso (FOUCAULT, 2014, BLANCHART, 2008). Tal instituição era gerida por freiras que tinham feito o voto ‘*de assistir e servir à conversão, instrução, recepção e condução de garotas e mulheres que entrariam nesse monastério para mudar suas vidas erradas/ruins e aí fazer penitência*’ (BLANCHART, 2008, s/ p.).

Os primeiros debates acerca do cárcere feminino no Brasil já ocorriam desde o final do século XIX; contudo, apenas na década de 1940 foram criados os primeiros estabelecimentos apenas para mulheres. Antes disso, destaca-se a influência da Congregação de Nossa Senhora do Bom Pastor d’Angers que, juntamente a senhoras da sociedade carioca, criou o Patronato das Presas, em 1921, reflexo do que já vinha acontecendo em outros países latino-americanos. O Patronato das Presas tinha como

lema “amparar, regenerando” e foi criado com a finalidade de dar uma “solução digna” para o problema das mulheres consideradas criminosas. No cotidiano, o que se cristalizou foi uma prática voltada ao (re)aprendizado dos valores de docilidade e fragilidade, inerentes à um certo papel social exigido às mulheres à época (ANDRADE, 2011).

Desta forma, infere-se que a criação das instituições penais para mulheres tem como motivação um certo posicionamento ideológico acerca dos papéis de gênero, que exigia tornar o corpo feminino mais dócil e comportado para que, ao sair da prisão, essas mulheres atendessem ao papel socialmente delineado de boa esposa e mãe ou de se dedicar à vida religiosa (RIO DE JANEIRO, 2014); mas também permite vislumbrar uma certa intenção de “esconder” comportamentos entendidos como “inadequados”, sobretudo de mulheres consideradas “irrecuperáveis”.

Em 1940, a reforma penal provocou transformações sobre o entendimento do cárcere feminino, como a centralização do Sistema Penitenciário, que teve como uma das pautas o projeto de construção de três instituições, a saber: a Penitenciária de Mulheres, a Penitenciária Agroindustrial e o Sanatório Penal (BRASIL, 1940). A primeira penitenciária feminina brasileira foi o Instituto Feminino de Readaptação Social, inaugurado em 1937 em Porto Alegre/RS, seguido pelo Presídio de Mulheres de São Paulo, em 1941, e pela Penitenciária de Mulheres do Distrito Federal no Rio de Janeiro, em 1942 (ANDRADE, 2011).

Essa última instituição, inicialmente sob administração de freiras da Congregação de Nossa Senhora do Bom Pastor D’Angers

encarregadas “*de cuidar da moral, promover a domesticação e vigiar a sexualidade das presas*” (ANGOTTI, 2018, p. 152), retornou à gestão da Penitenciária Central do Distrito Federal (PCDF) em 1966, e teve seu nome mudado para Instituto Penal Talavera Bruce. Essa é, hoje, a única penitenciária de segurança máxima do estado do Rio de Janeiro habilitada a receber mulheres grávidas, pois possui uma galeria reservada a elas; conta também com um anexo, a Unidade Materno-infantil, para receber presas que têm filhos durante o cumprimento da pena juntamente com estes filhos recém-nascidos (SOARES; ILGENFRITZ, 2002).

É justamente na penitenciária Talavera Bruce, no município do Rio de Janeiro, que se passou o episódio sobre o qual se produziu a narrativa midiática que motivou esse estudo.

Do direito à saúde das mulheres em situação de cárcere

Se a Constituição Federal de 1988 trouxe a saúde como um direito fundamental garantido a todos os cidadãos - independentemente de estarem privados de liberdade ou não - e assegura de forma expressa o direito à integridade física e moral das pessoas presas, mesmo antes de sua promulgação, vários meios legais já vinham sendo criados na tentativa de assegurar assistência à saúde para pessoas privadas de liberdade. Nesse sentido, a Lei de Execução Penal (LEP), aprovada como Lei n° 7.210/84, foi o primeiro passo para o reconhecimento da pessoa em situação de privação de liberdade como sujeito de direitos,

inclusive do direito à saúde (BRASIL, 1984).

Este marco, formulado no período de abertura política ao final da ditadura militar, garantiu importantes mudanças, tanto no entendimento da função do cárcere quanto em relação à especificidade deste para as mulheres, passando a considerar a ressocialização do preso como meta do Estado. No que tange às mulheres, o marco garantiu também relativa visibilidade, sobretudo pelo Art. 82, inciso 1 (alterado pela Lei nº 9.460/1997) que determina que “*a mulher e o maior de sessenta anos, separadamente, serão recolhidos a estabelecimento próprio e adequado à sua condição pessoal*”; além de outras medidas específicas para a população carcerária feminina (BRASIL, 1984).

Os anos que se seguiram trouxeram avanços no âmbito legal para as questões de saúde da população feminina confinada em presídios e em manicômios judiciários. Destaca-se a criação do Plano Nacional de Saúde para o Sistema Penitenciário (PNSSP), instituído pela Portaria Interministerial nº 1.777/2003, que preconiza a garantia do acesso dessa população às ações de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O PNSSP intensifica o comprometimento entre as políticas de saúde e de segurança, ratificando a assistência, a prevenção e promoção de saúde às populações masculina, feminina e psiquiátrica privada de liberdade (BRASIL, 2003a).

Contudo, mesmo após dez anos da sua aplicação, a Política não foi suficiente para garantias mínimas de atenção integral à totalidade da população penitenciária nos seus diversos cenários.

No que tange às mulheres, embora a taxa de aprisionamento feminino tenha continuado a crescer de forma constante, a produção de políticas sociais, leis e resoluções específicas para elas foi sutil, com ações relacionadas sobretudo à maternidade em situação de cárcere.

A instituição, pela Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Privada de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do SUS representa um marco fundamental na legislação penal (BRASIL, 2014a). A possibilidade de levar adiante o espírito da lei constitucional de que qualquer vida é cidadã e, portanto, deve ser protegida e implementada na busca do bem viver, vê-se diante da necessidade de criar mecanismos estratégicos, políticos institucionais, que possam realizar no dia a dia a construção desse direito, ao indicarem como deve-se fazer a política se realizar no cotidiano das vidas.

Por isso, aquela Política dirigida para o cuidado em saúde de pessoas com privação de liberdade prevê a composição de Equipes de Atenção Básica Prisional, multiprofissionais e com financiamento específico, exigindo a criação de estratégias para sua efetiva implantação, como a inclusão das Unidades de Saúde Prisionais (USP) no desenho das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2014a). Fato que, na prática, não tem se concretizado de modo efetivo, ainda mais considerando as mudanças radicais no direcionamento das atuais políticas públicas dessa natureza para um percurso oposto: há vidas que valem e há vidas que não valem, que deixa-se morrer. (PELBART, 2004)

Da Saúde Mental das mulheres em situação de cárcere. E da maternidade.

O já citado propício contexto do processo de reabertura política do final da ditadura proporcionou mudanças legais que provocaram avanços na produção de saúde. No que tange à saúde mental, a prática antecipou a regra: quando o aparato manicomial era a resposta para qualquer questão psiquiátrica, iniciativas municipais produziram mudanças definitivas no modelo de cuidado, como o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), na cidade de São Paulo, em 1987, e a criação de uma rede substitutiva decorrente do fechamento do Hospital Psiquiátrico de Santos, em 1990 (DELGADO, 2011).

A criação dos novos dispositivos de cuidado, impulsionado pelos movimentos sociais, sustentaram a apresentação na Câmara dos Deputados, em 1989, de um projeto de lei que versava sobre dispositivos de saúde que articulados dariam conta das questões de saúde mental da população. Após muito debate, a Lei 10.216 foi aprovada em 06 de abril de 2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001). Este marco legal dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e assegura, de forma irrevogável, o processo de transição paradigmática entre o aparato manicomial e o cuidado humanizado e voltado às ações de caráter territorial e comunitário (DELGADO, 2011).

Em 2003, já iniciado o processo de Reforma Psiquiátrica, o Ministério da Saúde promulgou o Programa Nacional de Atenção

Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, reconhecendo a necessidade de estratégias específicas para a construção de uma rede de assistência aos usuários de drogas com ênfase na reabilitação e reinserção social, de modo que a abstinência não fosse a única alternativa viável e possível aos usuários (BRASIL, 2005; BRASIL 2003b).

Foi apenas em 2014 que as demandas de saúde mental da população em situação de cárcere passaram a integrar as normativas legais voltadas à organização do sistema penitenciário. Nesta direção, destacam-se as Portarias nº 482/2014 e nº 94/2014 que instituíram, respectivamente, as normas para a operacionalização da PNAISP no âmbito do SUS e o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei (EAP), no âmbito do SUS. Assim, se a nº 482/2014 prevê a inserção de profissionais específicos para a Saúde Mental nas Equipes de Saúde no Sistema Prisional (BRASIL, 2014b), a Portaria nº 94/2014 define critérios para a inclusão das pessoas na especificidade dos EAP e responsabiliza a unidade federativa na criação de um Grupo Condutor Estadual, com a função de conduzir as estratégias de inclusão das pessoas em sofrimento psíquico, com base na Lei 10.216/2001 e nos princípios da PNAISP. Desta Portaria, destaca-se o § 3, do art. 4, que determina que as condutas terapêuticas devem estar em consonância com o trabalho em rede e com a inclusão das referências familiares e comunitárias (BRASIL, 2014c).

Ambas as portarias são corroboradas pela resolução nº 01 de 10 de fevereiro de 2014, que assegura o redirecionamento

do modelo de atenção a tais pacientes ao expor textualmente o vínculo das ações às políticas antimanicomiais (BRASIL, 2014d).

Ainda no ano de 2014, promulgou-se a Portaria Interministerial nº 210, que instituiu a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional (PNAMPE) que propõe ampliar as ações específicas às mulheres presas (BRASIL, 2014e). Destaca-se algumas ações previstas para mulheres com transtorno mental e/ou gestantes e mães: 1) acesso a atendimento psicossocial desenvolvido no interior das unidades prisionais, por meio de práticas interdisciplinares nas áreas de dependência química, convivência familiar e comunitária, saúde mental, violência contra a mulher e outras, as quais devem ser articuladas com programas e políticas governamentais; 2) diagnóstico precoce e tratamento adequado, com implantação de núcleos de referência para triagem, avaliação inicial e encaminhamentos terapêuticos, voltados às mulheres com transtorno mental; 3) capacitação permanente de profissionais que atuam em estabelecimentos prisionais femininos, inclusive na atenção às mulheres com transtorno mental; 4) identificação da mulher quanto à situação de gestação ou maternidade e das pessoas responsáveis pelos cuidados de eventuais filhos; 5) inserção da mulher grávida, lactante e mãe com filho em local específico e adequado com disponibilização de atividades condizentes à sua situação; 6) autorização da presença de acompanhante da parturiente, devidamente cadastrada/o junto ao estabelecimento prisional, durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto

imediate; 7) proibição do uso de algemas ou outros meios de contenção em mulheres em trabalho de parto e parturientes; 8) inserção da gestante na Rede Cegonha, junto ao SUS, desde a confirmação da gestação até os dois primeiros anos de vida do bebê; 9) desenvolvimento de ações de preparação da saída da criança do estabelecimento prisional; 10) desenvolvimento de práticas que assegurem a efetivação do direito à convivência familiar; 11) respeito ao período mínimo de amamentação e de convivência da mulher com seu filho, conforme disposto na Resolução nº3 de 15 de julho de 2009 do CNPCP - a saber, até um ano e seis meses para as(os) filhas(os) de mulheres encarceradas junto às suas mães (BRASIL, 2014c).

Ressalta-se que, além das normativas nacionais, o Brasil é signatário, desde 1955, das “Regras Mínimas para o Tratamento dos Presos” da Organização Mundial de Saúde (OMS). No início de 2016, essas regras foram revisadas e reafirmadas em um documento intitulado “Regras de Mandela: Regras Mínimas das Nações Unidas para o Tratamento de Presos”, ampliando o acesso à saúde e o direito de defesa de presos com transtornos mentais ou outros problemas de saúde. Dentre outras definições, este documento reafirma que a situação de cárcere significa um agravamento da situação de pessoas em sofrimento psíquico que deveriam ser redirecionadas para instituições específicas para acompanhamento por profissionais qualificados (BRASIL, 2016a).

Por fim, em junho de 2016, o Conselho Nacional de Saúde instituiu o Programa de Ações Intersetoriais de Assistência à Saúde e de Assistência Social para o Sistema Prisional (PAISA).

Esta política foi uma iniciativa voltada à garantia de um padrão sanitário mínimo às pessoas em situação de privação de liberdade, assegurando-lhes o acesso universal às ações de assistência básica à saúde. Com esse horizonte, foram definidos quatro eixos orientadores: 1 – Universalização do acesso à saúde das pessoas privadas de liberdade; 2 – Saúde das mulheres privadas de liberdade; 3 – Medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei; e 4 – Indicador Conselho Nacional de Justiça de fiscalização e monitoramento da dignidade humana (BRASIL, 2016b).

Cada eixo pressupõe ações transversais articuladas através de parcerias entre o poder judiciário, o poder executivo e sociedade civil abordando: a universalização do acesso à saúde; a saúde da mulher; as medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei; e a criação de um indicador para a fiscalização e monitoramento das condições dos estabelecimentos prisionais (BRASIL, 2016b).

Voltamos à Bárbara, que coloca a literalidade da lei em xeque

Após essa exposição não exaustiva dos marcos legais que pautam o direito das mulheres em situação de cárcere no Brasil e suas especificidades no que concerne a gestação e maternidade e às questões de saúde mental, voltamos à Bárbara. Sem desconsiderar a singularidade do episódio vivido por ela, que provoca pensamentos que não se esgotam nele mesmo, a

narrativa do caso permite encaminhar reflexões acerca da função do Estado como articulador do controle dos corpos por meio de dinâmicas instauradas pelo Biopoder, ou seja, aquele que não se exerce apenas de fora para dentro mas, sobretudo, por dentro, reconduzindo a vitalidade social enquanto forma imanente de poder sobre a vida (PELBART, 2007).

Elencaremos, primeiramente, alguns pontos:

- Bárbara foi encaminhada para uma cela “solitária” numa resposta institucional à uma suposta “agressividade”, o que denota o uso do castigo disciplinar como um método institucional de dominação sobre o corpo “rebelde”;
- sabe-se que ao ser levada para um hospital, na manhã seguinte ao isolamento, Bárbara recebeu encaminhamento para ser avaliada em hospital psiquiátrico; contudo, tal conduta não foi adotada pela organização prisional, que optou pelo reencaminhamento da mulher para a solitária;
- no que tange às detentas portadoras de transtorno mental, cujo encarceramento e isolamento gera um agravamento de sua condição, a legislação vigente prevê que pessoas em sofrimento psíquico devem ser observadas e tratadas sob cuidados de profissionais de saúde qualificados em instituições especializadas; contudo, o que se viu no caso Bárbara, foi o uso do isolamento como castigo, sem qualquer propósito terapêutico;
- no que se refere ao cuidado de mulheres em situação de gestação e maternidade, diversos direitos foram violados,

como a garantia de um local específico e adequado à situação de Bárbara, a autorização da presença de acompanhante da parturiente ou o respeito ao período mínimo de amamentação e de convivência da mulher com seu filho, todos assegurados pela legislação vigente. Porém, Bárbara não teve direito a acompanhante, a ficar em local minimamente adequado à sua condição ou a conviver com seu filho, sequestrado pelo aparato judicial;

- o encaminhamento do bebê de Bárbara para um abrigo para posterior adoção denota outra ilegalidade na condução do caso, uma vez que a penitenciária em questão possui alojamento conjunto para acolher mães em situação de cárcere, conforme normativa legal vigente; ou seja, mesmo tendo estrutura em conformidade com a lei, a conduta sobrepôs o previsto.

Gerenciar e administrar as vidas, a despeito de todo aparato legal ou mesmo afinado a ele, segue corroborando lógicas de disciplinarização dos corpos. Não é difícil, por exemplo, fazer um paralelo entre o castigo produzido pelo sofrimento do corpo, físico e psíquico de Bárbara com a lógica do suplício, comumente praticadas antes do Século XII, conforme relatado no início deste capítulo. Foucault (2014a) nomeará esses “castigos” de mecanismos disciplinares em uma sociedade disciplinar, ou seja, ferramentas que buscam moldar o comportamento dos indivíduos em um sistema de controle social que traz como estratégia a distribuição dos corpos no espaço, classificando-os, isolando-os, hierarquizando-os.

Assim, o debruçar-se sobre os marcos legais, enquanto um dos eixos de sustentação dessa engenharia de operação do biopoder, permite ampliar o entendimento das linhas de força que operam e vão se entrelaçando no decorrer da história do cárcere feminino, ora voltadas ao adestramento das vidas das mulheres em prol da recondução destas para ambientes privados, ora ao extermínio autorizado e invisibilizado de seus corpos, mas ambas afinadas à lógica da adequação à uma normatividade societal.

Assim, se a motivação para a construção de instituições penais para mulheres evidencia um posicionamento ideológico generificado - que vai perdurar e, sob um certo olhar, se intensificar, Bárbara escapa e contraria todos esses territórios identitários aceitáveis para seu corpo de mulher: é “agressiva” quando deveria ser dócil (ainda que a forma pela qual essa agressividade se manifestou não fique clara nos relatos jornalísticos), é transgressora quando se esperava obediência (civil), é portadora de transtorno mental (mesmo que os registros noticiosos não especifiquem com o cuidado devido qual o seu sofrimento). E mesmo na cela da solitária, Bárbara põe à prova a fragilidade que se espera de seu corpo de mulher: pare seu filho, sozinha, e sobrevive.

É no lugar onde o poder incide com maior força sobre a vida que se pode aferrar resistência e vitalidade, entendida como biopotência - potência de vida. “O corpo aparece aí como sinônimo de certa impotência, mas é aqui que se precisa pensar nessa virada. É dessa impotência que ele extrai uma potência superior” (PELBART, 2007). Bárbara é uma dessas pessoas tidas

como «anormais» que, ao operarem continuamente no fluxo dos seus desejos, sem simulações de qualquer ordem (ROLNIK, 2011), incomodam um biopoder que vai rapidamente classificá-las em vidas que valem menos ou «vidas que não valem a pena» (MERHY, 2012). Neste caso, o biopoder opera a partir das ferramentas de Estado que produzem lógicas de reafirmações sociais de que existem existências que se deve fazer viver, enquanto há outras, que se pode deixar morrer (PELBART, 2007).

Neste sentido, o biopoder na contemporaneidade difere do funcionamento biopolítico do soberano, a quem cabia a função de supressão da vida, fazendo morrer (FOUCAULT, 2006). Hoje, otimiza-se a vida, reduzindo-a à sobrevida alinhada ao mínimo biológico, fazendo viver, mas, ao mesmo tempo, produzindo sobreviventes. Para tal, reforça-se a vigilância, submetendo forças vitais. O processo de fazer morrer e deixar viver se reinventa na direção do fazer viver e deixar morrer. A morte, outrora espetacular e ritualística, hoje é insignificante, invisível e anônima (PELBART, 2007).

O que ocorre é um deslocamento da disputa política para a disputa das estéticas do viver. Nesse sentido, a função biopolítica toma o lugar de “grande política”, sendo produzida no nível individual a partir de subjetivações. Inscreve-se assim um outro tipo de produção e lógica de poder: o estado passa a ser o efeito da construção do maquinário social.

Destarte, a lógica de produção do biopoder atinge a todos, sejam aqueles que, dentro das instituições carcerárias são deixados morrer, na sua concepção mais ampla da palavra morte, incluindo

aí os silenciamentos e violências cotidianas que reduzem a vida à existência vegetativa, como também aqueles que (re)produzem o funcionamento para além das instituições totais de violência, uma vez que o processo de subjetivação a todos atinge. Na esfera da sobrevida, incluem-se também aqueles que naturalizam os processos e aceitam como tácito todo tipo de violações básicas de direito e de humanidade, fagocitados pelas demandas cotidianas e individuais que provocam cisões entre o eu e o outro – o próprio e o coletivo. Estamos todos resumidos ao sequestro da vitalidade social e ao sobrevencialismo biológico de baixa intensidade produzido pela gestão biopolítica (PELBART, 2007).

A individuação dos processos de subjetivação tem como consequência a dissociação do um com o outro. Para que um ser possa conquistar a existência, não apenas existindo, carece o reconhecimento do outro, firmando sua instauração. A percepção única desqualifica a pluralidade e os planos de existência. Nas diversas gradações de ser, existe-se como potência ou abaixo plenitude? A existência inacabada, enquanto potência, clama pela amplificação e visibilidade. Nesse processo, pode-se descartá-las ou tomar partido, fazendo-as existir efetivamente (PELBART, 2013).

Nesse sentido, os mecanismos instituídos e reproduzidos de sustentação para a exclusão são ferramentas do Biopoder para produzir cortes nas vidas que definem quem deve viver e quem deve ser deixado à morte. Nesse maquinário, perde-se direitos (mesmo quando já conquistados e garantidos pelas normas da lei), estatutos políticos, dignidades e valores. Oferece-se a subalternidade e expropriação, ao passo que se constrói

no excluído o entendimento e a prática cotidiana de menor valor, produzindo certos graus de mortes sociais. Neste sentido, encontram-se similaridades históricas: fragmentar é primeira função da exclusão ao passo que atravessa tanto regime de soberania quanto o regime de poder.

É nessa suposta contradição que se encontra a experiência de Bárbara: de um lado, o maquinário repressor que tenta reconduzir maneiras de estar no mundo à lógica reducionista do biopoder, autorizando silenciamentos e mortificações; do outro, a potência de vida - biopotência - que resiste e se reinventa, que (re)nasce em si mesmo, colocando em questão e excluindo o determinado.

Ainda que, atualmente, o encarceramento tenha a finalidade de punir, ele tem sobretudo a função de proporcionar condições para a reinserção social do indivíduo; porém, ao desprezar as normativas legais que o sustenta, este modelo não preenche as necessidades político-sociais de recuperação da população carcerária e fere direitos fundamentais no acesso à produção de saúde. O cárcere segue obedecendo uma lógica punitiva, pautada no suplício e sustentada no cotidiano institucional por instrumentos que corroboram o afastamento e o encaminhamento de uma mulher em trabalho de parto, supostamente agressiva e com transtorno mental, a uma cela solitária. Tudo isso acontece com o aval do sistema jurídico, da mídia e de boa parte da sociedade que, frente à visibilização dessas práticas, ou aplaude ou se cala e, conscientemente ou não, opera como instrumento de reprodução - e destruição - do Biopoder sobre as existências que teimam em resistir e existir na sua diferença.

Bibliografia

- ANDRADE, B.S.A.B.A. Entre as Leis da Ciências, do Estado e de Deus: surgimento dos presídios femininos no Brasil. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social)-Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 2011.
- ANGOTTI, B. Entre as Leis da Ciências, do Estado e de Deus: surgimento dos presídios femininos no Brasil. 2 ed, São Paulo: IBCCRIM - Instituto Brasileiro de Ciências Criminais, 2018.
- BASAGLIA, Franco. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985
- BLANCHART, V. Les congrégations religieuses. 2008. Disponível em: <<http://enfantsenjustice.fr/spip.php?article23>>. Acesso em: 28 de agosto de 2018.
- BRASIL. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940.
- _____. Lei 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União: p. 10227, Brasília, DF, 13 jul. 1984.
- _____. Ministério da Saúde 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. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2001.
- _____. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. Portaria Interministerial n.º 1.777/2003, de 09 de setembro de 2003. Institui o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Diário Oficial da União. Brasília, 2003a.
- _____. Ministério da Saúde. Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Diário Oficial da União. Brasília, 2003b.
- _____. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>.
- _____. Ministério da Saúde. Secretária da Saúde e da Justiça. Portaria interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2014a.

- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014. Institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF 2014b.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 94, de 14 de Janeiro de 2014. Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2014c.
- _____. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução nº 01, 10 fev. 2014. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2014d.
- _____. Ministério da Justiça. Portaria Interministerial nº 210, de 16 de Janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2014e.
- _____. Conselho Nacional de Justiça. Regras de Mandela: Regras mínimas das nações unidas para o tratamento de presos. Brasília, 2016a.
- _____. Conselho Nacional de Justiça. Sistema Carcerário, Execução Penal e Medidas Socioeducativas. Saúde prisional. 2016b Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/sistema-carcerario-e-execucao-penal/saude-prisional>. Acesso em: 31 de agos. 2018.
- DELGADO, P.G.G. Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da lei 10216. Arquivos Brasileiros de Psicologia; Rio de Janeiro, 63 (2): 1-121, 2011.
- FOUCAULT, M. O poder psiquiátrico. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- FOUCAULT, M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 42. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.
- INFOPEN. Atualização - junho 2016. Org. Thandara Santos; Colaboração, Marlene Inês da Rosa [et. al.]. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional, 2017. 65p
- MERHY, E.E. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. Saúde soc. [online]. 2012. 21 (2): 267-79 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 set. 2018.
- OLIVEIRA, WF. Saúde e atenção psicossocial em prisões: um olhar sobre o sistema prisional brasileiro com base em um estudo em Santa Catarina. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2016. 190 p.
- PELBART, P.P. Vida Capital: Ensaio de biopolítica. São Paulo: Ed. Iluminuras, 2003.
- _____. Biopolítica. Sala Preta, v. 7, p. 57-66, 2007.
- _____. Por uma arte de instaurar modos de existência. In: O avesso do nihilismo. Cartografias do esgotamento. São Paulo: n-1, 2013.
- ROLNIK, S. Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo. 2a edição. Porto Alegre: Sulina; Editora UFRGS, 2016.
- RIO DE JANEIRO. Penitenciária Talavera Bruce. Informação postada no site Cartografia da Ditadura. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: http://www.cartografiasdaditadura.org.br/files/2014/03/talavera-bruce_final.pdf Acesso em: 05 de fev. de 2018.
- SOARES, B. M. e ILGENFRITZ, I. Prisioneiras: Vida e Violência Atrás das Grades. Rio de Janeiro, Ed. Garamond, 2002.

Criando zonas de aceitação: Ajustando serviços a pessoas em vez de pessoas a serviços

Autor

Dan Small

PhD, MPhil, Pesquisador Associado, Departamento de Antropologia, University of British Columbia. Email: dansmall@mail.ubc.ca

Sumário

As barreiras às inovações para lidar com o uso de drogas ilícitas não são científicas, médicas ou epidemiológicas. Eles são culturais. Os usuários de drogas ilícitas (UDIs) foram marginalizados como leprosos sociais e relegados a um campo minado cultural composto de valores implícitos e explícitos que moldam nossa abordagem aos medicamentos. Dentro deste reino, eles são excluídos em vez de incluídos, percebidos como indignos em vez de merecedores e não como parte da família humana. Variáveis estruturais que limitam a agência humana são praticamente apagadas para usuários de drogas e são consideradas em grande parte culpadas por suas circunstâncias. Eles são consignados a zonas de abandono (BIEHL:2013).

Introduzo a noção de zonas de aceitação como um meio de mudar valores para criar formas efetivas de alcançar pessoas que vivem com vícios. Eu me baseei na minha experiência em projetar cuidados de saúde, moradia e suporte para UDIs, incluindo meu papel no desenvolvimento da primeira instalação de injeção supervisionada da América do Norte para ilustrar a criação de zonas de aceitação.

Palavras-chave

Antropologia e vício fora da lei, zonas de aceitação, construção cultural de drogas, drogas ilícitas, cuidados com usuários de drogas.

Criando zonas de aceitação: Ajustando serviços a pessoas em vez de pessoas a serviços⁽¹⁴⁾

Dan Small

Introdução

Como nos ensina a história de Galileu, a cultura é tão poderosa que pode até desafiar as leis da ciência. Com a cultura em sua fundação, a sabedoria popular pode tornar qualquer número de verdades aceitas, mesmo quando elas são completamente falsas, como a ideia outrora dominante de que o sol orbitava ao redor da Terra. A autoridade da cultura é poderosamente ilustrada pela nossa abordagem às drogas ilícitas e às pessoas que as utilizam. Tanto é assim que, de fato, os desafios mais significativos enfrentados quando se tenta fornecer suporte efetivo para pessoas com vícios não são de natureza científica ou médica, mas cultural. Por cultura, aqui não estou me referindo a grupos de pessoas distantes e exóticos, mas a algo muito mais próximo de casa: os valores implícitos e explícitos que formam a base de nossos entendimentos e abordagens às drogas.

Este artigo baseia-se em uma série de exemplos do meu trabalho ao longo de um período de 20 anos para demonstrar que a criação de serviços e suportes eficazes para usuários de drogas não começa com um exame das características de um grupo-alvo difícil de alcançar, mas sim com um olhar duro e frio para nós mesmos e para o que acreditamos.

¹⁴ Tradução de Paulo Silveira.

O que acreditamos importa. É importante porque determina como abordamos problemas sociais contemporâneos, como o uso de drogas ilícitas. Por abordagem, estou realmente falando de narrativas. Narrativas são como enredos em um filme. Eles organizam o que de outra forma poderia parecer experiências aleatórias em enredos com princípios, meios e fins. As narrativas têm, em sua base, valores implícitos e explícitos. Elas moldam como a sociedade se aproxima das drogas e as pessoas que as usam.

Diariamente, as pessoas com vícios enfrentam o impacto de valores socioculturais, como a culpa (ou seja, a sensação de que são indignos de apoio a problemas que criaram em virtude de escolhas “equivocadas”), que afetam diretamente seu estar psicossocial. A remoção de obstáculos colocados por forças culturais exige reflexividade, ou seja, a volta da análise, para examinar nossas próprias narrativas e a forma como elas moldam nossa abordagem aos usuários de drogas (para uma discussão mais elaborada das narrativas e seus impactos sobre a nossa compreensão dos usuários de drogas ver, por exemplo Small 2005a; Small, et al. 2006c; Small 2004b).

O olhar duro e frio que descrevemos acima, que deve ocorrer antes de olharmos para as pessoas com vícios, é uma espécie de auditoria cultural. Essa auditoria nos permite ver as barreiras institucionais e programáticas que foram causadas por nossos próprios valores. Uma vez identificadas essas barreiras e os valores que as criaram, elas podem ser removidas para dar lugar à criação daquilo a que me refiro como “*zonas de aceitação*”. Dentro destas

zonas culturais, as inovações de habitação, cuidados com a saúde e apoio podem ser concebidas para alcançar os usuários de drogas ilícitas como eles são e não como queremos que eles sejam. Somente descobrindo as brumas culturais que nos cercam, podemos criar serviços que se ajustem às pessoas, ao invés de termos que adequar as pessoas aos serviços.

DTES: mover-se do inferno para o céu

Os programas que estou prestes a descrever estão situados no Downtown Eastside (DTES) de Vancouver. Enquanto o DTES já foi um orgulhoso ponto de partida para a cidade (como por exemplo, um próspero centro de negócios, a primeira Prefeitura, o distrito financeiro e hoteleiro), hoje abriga muitos dos mais pobres e vulneráveis cidadãos dessa cidade: os doentes mentais, viciados, sem-teto e indivíduos entrincheirados no comércio sexual de sobrevivência. Ele contém centenas de pequenas unidades dentro de hotéis centenários dilapidados, cujos aluguéis mensais correspondem às taxas de abrigo da província para assistência social. Durante décadas, o bairro foi tão estigmatizado que os empresários não compravam a terra por mais barata que fosse, as empresas não investiam na área e até mesmo o serviço postal canadense se recusava a entregar correspondência em alguns prédios. Uma manchete de primeira página do maior jornal da província descreveu o DTES como “4 quarteirões do inferno”, fornecendo uma impressão brutalmente honesta da avaliação da maioria das pessoas sobre a área.

O DTES é um lugar de refúgio e uma “zona de abandono” (BIEHL:2013).

A noção de zona de abandono foi introduzida por Biehl (2013) para descrever a Vita, na cidade de Porto Alegre, Brasil (p. 2). Vita é o lar de várias centenas de indivíduos marginalizados e foi fundada em 1987 pelo pentecostal Zé das Drogas (um indivíduo com o envolvimento de rua anterior). É uma espécie de comunidade de sombra composta de tendas, uma área de recuperação e uma espécie de clínica com banheiro compartilhado e sem água quente. Zonas de abandono são manifestações de violência estrutural. A violência estrutural é o mecanismo estrutural que transcende os indivíduos e exige uma espécie de vingança social sobre certos grupos de pessoas, como os toxicod dependentes (Farmer, 2004; Kirmayer, 2004). Os arranjos sociais que criam essa violência sistêmica são parte do tecido das ideias do senso comum e, como tal, permanecem em grande parte inquestionáveis.

Práticas culturais persecutórias

Quando comecei a trabalhar na DTES, inicialmente me comprometi a analisar algumas pesquisas qualitativas e quantitativas examinando as experiências e o estado de saúde das pessoas que vivem abaixo da linha de pobreza em quartos individuais em três hotéis antigos operados por uma instituição de caridade local (a Portland Hotel Society, mais tarde se tornou a PHS Community Services Society ou apenas PHS). As estatísticas que surgiram foram uma história comovente e reveladora sobre o sofrimento e

a exclusão. Os residentes tinham altos níveis de HIV, HCV, doença mental, conflito com a lei, diversos problemas de saúde e assistência social quando crianças. Havia cerca de 10 vezes a média nacional de indígenas que vivem nos hotéis, muitos dos quais foram vítimas de prisão no sistema escolar residencial do Canadá. A maioria ficou desabrigada por longos períodos e foi expulsa várias vezes no ano anterior, antes de se mudar para esta moradia moderadamente apoiada. Esses dados revelaram níveis surpreendentemente altos de trauma, de acordo com um questionário de eventos de vida adverso que eu havia administrado (por exemplo, doenças fatais, perda de um ente querido em uma idade jovem, vítimas de violência física ou sexual, ter sido sequestrado, órfãos).

À medida que o trabalho progrediu, ficou claro que havia um denominador comum embutido nas experiências presentes e passadas de muitos dos residentes do hotel; vício ativo. Noventa por cento viviam com vícios ativos. Três quartos do grupo eram usuários de drogas injetáveis (UDIs). Mais da metade relatou ter tido negado cuidados de saúde e habitação devido ao seu histórico de dependência. Quando meu trabalho começou a se desdobrar, vi que havia um padrão de exclusão para esse grupo. Eles foram excluídos dos serviços de saúde, hospitais, instituições financeiras, centros comunitários, mercearias, saúde mental e moradia. Eles eram universalmente indesejados.

Leprosos sociais

Este processo de exclusão resultou em uma espécie de sequestro dentro do DTES.

O processo de sequestro ocorre em resposta a fenômenos socioculturalmente alarmantes, como doença mental, criminalidade, dependência de drogas, doença, sexualidade e morte (GIDDENS:1997). Esses fenômenos são considerados socialmente tabus e, portanto, escondidos para reduzir a ansiedade social. Naquela época, e talvez ainda hoje, os usuários de drogas haviam sido relegados a uma espécie de campo de refugiados culturais nos DTES, onde poderiam ser ignorados. Eles eram tão estigmatizados que foram expulsos da sociedade, assim como os leprosos foram no Canadá (ELLIOT E CHAPMAN:2000; SMALL:2004a; SMALL E DRUCKER:2006). A identidade deste grupo foi culturalmente manchada e desacreditada (GOFFMAN:1986 (1963)). Os usuários de drogas eram, e, em muitos casos ainda são, os leprosos sociais de nossos dias.

Nas Sombras

Os valores associados ao processo de depredação social⁽¹⁵⁾ dirigem narrativas que moldam a forma como abordamos questões sociais contemporâneas, como o uso de drogas ilícitas. Por exemplo, se os usuários de drogas são pessoas que tomam decisões erradas, a narrativa resultante pode levar algumas pessoas a concluir que elas são as culpadas e, portanto, indignas de serviços. Essa ordenação narrativa de compreensão e abordagens aos usuários de drogas é um processo profundamente cultural que resulta na criação de zonas de abandono descritas acima

15 Nota do tradutor: “depredação social” foi a melhor tradução encontrada para o termo usado pelo autor “tarnishment drive”.

(SMALL:2004a; SMALL:2016; SMALL:2017; SMALL:2004b).

As narrativas que perpetuam a violência da exclusão não precisam ser explícitas para serem poderosas e, de fato, são frequentemente ocultadas. As ferramentas da sociologia e da antropologia podem ser empregadas para descobrir as várias linhas narrativas, não importa quão finas sejam as linhas, no tecido da exclusão. Através do meu trabalho, fiz questão de identificar variáveis que levam a zonas de abandono e, inversamente, criar zonas de aceitação em seu lugar. É aqui que a antropologia e a sociologia mostram sua utilidade: elas oferecem uma oportunidade para a auditoria sociocultural. Um livro-razão cultural dessa natureza pode revelar os valores implícitos e explícitos que formam a base das manifestações estruturais, institucionais e culturais da exclusão. Esse tipo de auditoria requer uma reflexividade cultural que pode revelar valores que orientam a ordenação narrativa da realidade social.

Nos DTES

Minha experiência com populações difíceis de alcançar começou no campo da saúde mental nos anos 80. Depois de ser voluntário no maior hospital psiquiátrico de Province (Riverview), comecei a trabalhar em um hospital psiquiátrico forense para pessoas com doenças mentais que entraram em conflito com a lei. Na época, eles eram legalmente considerados não culpados por motivo de insanidade (NGRI), uma designação que foi substituída hoje pelo termo “*não criminalmente responsável*”

devido a transtorno mental”: NCRMD. Essa experiência me proporcionou meu primeiro vislumbre do poder de múltiplas forças estigmatizantes e seus impactos. Os pacientes do hospital psiquiátrico forense em que eu trabalhava eram essencialmente considerados perigosos, mesmo quando não eram, e eram, portanto, mal recebidos dentro da comunidade. Eles eram essencialmente estigmatizados como criminosos e doentes mentais. Era quase impossível encaminhá-los com sucesso a agências que lhes proporcionariam alojamento, saúde mental ou serviços de apoio na alta. Naquela época, apenas duas agências de toda a província aceitavam de bom grado encaminhamentos do hospital forense onde eu trabalhava: ambos operavam hotéis na DTES.

Em 1990, projetei uma feira comunitária destinada a reunir recursos hospitalares e comunitários para pacientes forenses. Foi nesse momento que fiz minha primeira conexão com organizações nos DTES que forneciam abrigo para pessoas que viviam com doenças mentais que estavam sendo liberadas do sistema psiquiátrico forense. Eu fui trabalhar para ambas as agências DTES em 1996: A Associação de Pacientes Mentais (MPA) operando o Hampton Hotel e a Portland Hotel Society operando o Portland Hotel. Com o tempo, tornei-me o Diretor de Pesquisa, Desenvolvimento e Serviços de Redução de Danos do PHS e permaneci nessa função até 2014. Minhas responsabilidades incluíam o desenvolvimento, avaliação, operação e proteção de saúde, habitação, redução de danos, reabilitação psicossocial e programas. No PHS, nos referimos à área de responsabilidade de cada diretor como um “cluster”. Meu

cluster incluiu o desenvolvimento de programas culturalmente impossíveis na época, como a criação de uma instalação da “*injeção supervisionada*”.

Antropologia fora da lei

De 1996 a 2003, concluí concomitantemente a pesquisa e uma dissertação de doutorado em antropologia médica. No entanto, na comunidade, eu estava envolvido em uma forma renegada de erudição: uma espécie de antropologia e sociologia fora da lei. Antropologia e sociologia fora da lei, como eu as defino, estão sob o guarda-chuva da erudição pública. Existem muitas formas de estudo público e uma revisão completa da literatura nesta área que não pode ser fornecida aqui (BURAWOY:2005). No entanto, em um nível elevado, “acadêmicos públicos” estão engajados com o público em vários graus. Por exemplo, eles podem envolver o público em questões de pesquisa do design ou similares. Além disso, eles podem disseminar suas descobertas na esfera pública (em vez de restringi-las a periódicos revisados por pares). No centro das abordagens públicas está a noção de usar o conhecimento para que as “*ferramentas no cinturão de ferramentas*” de disciplinas, seus métodos, teorias, conceitos e dados possam ser empregadas para abordar problemas sociais contemporâneos e melhorar as condições humanas (RYLKO- BAUER ET AL:2006). Se a antropologia acadêmica tradicional ou a sociologia têm seus centros de gravidade na universidade, então as formas públicas dessas disciplinas têm seu centro de gravidade na comunidade.

A descrição de Burawoy (2005) da sociologia pública orgânica estava mais próxima do meu próprio trabalho. Um sociólogo público orgânico se concentra no engajamento com um grupo ou movimento social identificável (por exemplo, sindicatos, grupos religiosos ou comunitários, organizações de direitos humanos, ativistas da AIDS) a serviço da necessidade da comunidade e da mudança social.

No entanto, meu trabalho pode ter ido um pouco mais longe do que simplesmente ter sido a “margem do meio acadêmico”. Uma grande parte do trabalho acadêmico na comunidade é “camuflado”, pois não está ligado a universidades ou em publicações revisadas por seus pares (ERVIN E HOLYOAK:2006). Esse tipo de “conhecimento externo a academia” existe em grande parte fora da esfera dos meios acadêmicos conhecidos, tanto que nem sequer é possível fazer uma revisão exaustiva dessa abordagem. O conhecimento marginal é pelo menos uma das etapas removidas do trabalho acadêmico convencional baseado nas universidades. Alguns discutem se não está um passo além do conhecimento público tradicional. Essa pesquisa fora da lei, como eu a denominei, essencialmente me fez ir além da análise da cultura e das instituições para me envolver com as principais partes interessadas em realmente mudá-las (SMALL:2016; SMALL:2006b).

Um modelo culturalmente reflexivo de desenvolvimento de serviços

A análise que se segue é tirada da minha própria experiência pessoal. Como em todos os grandes empreendimentos, muitos

outros ajudaram a estabelecer e operar os programas que estou prestes a descrever. Os mais notáveis são os meus colegas de duas décadas: Mark Townsend, Liz Evans, Kerstin Stuerzbecher e Tom Laviolette. Esses quatro indivíduos passaram a ser mais do que colegas de trabalho e algo mais do que amigos; eles eram uma espécie de família. Nós fomos co-diretores do que acredito ter sido um empreendimento amplamente sociocultural. Mas a história aqui é minha, da minha perspectiva, e é, portanto, como todas as histórias, cheia de imperfeições e incompletude. Assumo total responsabilidade pelas visualizações e reflexões que estou compartilhando aqui; elas são inteiramente minhas.

O trabalho que fizemos nesse empreendimento social visava a promoção de mudanças sociais (embora nunca tenhamos chamado assim). Em virtude de seu compromisso de desafiar abordagens existentes em questões controversas, como o tratamento de viciados ativos, sempre estive sob ameaça da sociedade. Eu tenho frequentemente descrito o PHS como um transplante de tecido metafórico em um corpo social que estava constantemente ameaçando de rejeitá-lo. Por duas décadas, a organização fez muito bem social, conseguiu atravessar a cerca entre trabalhar dentro e fora do sistema, antes de finalmente ser rejeitada pelo corpo mais amplo da sociedade (mas isso é uma história para outro dia).

O modelo cultural

Como co-fundador da primeira instalação de injeção supervisionada da América do Norte, muito do meu trabalho e do

PHS foram associados ao estabelecimento de serviços de redução de danos. Com certeza, ajudei a estabelecer uma variedade de serviços de redução de danos, incluindo um local de injeção supervisionada, kits de crack mais seguros, tratamento com metadona de baixo risco, distribuição de agulhas, alojamentos que toleravam dependência ativa, máquinas de venda de kits de redução de danos e programas gerenciados de álcool em ambientes residenciais. No entanto, todos esses programas foram criados tendo como pano de fundo uma filosofia mais abrangente do que a redução de danos. Essa abordagem mais ampla passou a existir antes que a redução de danos chegasse ao Canadá. A descrição do modelo que se segue é minha tentativa de capturar algumas das principais variáveis abrangentes que se conectaram a uma abordagem programática geral que desenhei ao projetar e operar programas para os mais marginalizados.

Em um nível abrangente, o modelo que implantei tem um objetivo central: a criação de zonas culturais de aceitação. Pode ser resumido com 3 componentes principais:

- (1) Reflexividade Organizacional e Sistêmica para Identificar Barreiras
- (2) Inovação para Remoção de Barreiras
- (3) Simplificação de Objetivos

E, claro, como sou antropólogo, sempre houve um propósito cultural final e subjacente para cada inovação.

Mas primeiro preciso dizer algumas palavras sobre a reflexividade. Eu argumento que a noção de reflexividade é central para o sucesso da concepção e provisão de serviços. A

reflexividade refere-se ao processo pelo qual os profissionais ou provedores de serviços voltam sua análise para si mesmos e para as instituições nas quais estão inseridos. A ideia pode, e deve, ser aplicada além do indivíduo para incluir reflexividade organizacional e sistêmica. Essa reflexividade coletiva requer introspecção sobre barreiras institucionais, programáticas ou estruturais que são postas em prática por políticas, procedimentos e sistemas. No caso dos serviços de busca aos mais marginalizados, a análise precisa ser invertida para identificar os obstáculos que resultam em sua exclusão.

No âmbito acadêmico, os antropólogos frequentemente falam sobre a reflexividade como parte do processo da etnografia, onde os pesquisadores incorporados precisam examinar não apenas o campo social, mas a si próprios e seu impacto sobre ele. A ideia de reflexividade pode ser atribuída a vários pensadores, incluindo, a título de exemplo, o sociólogo *William Thomas (1863-1947)*.

Thomas estendeu o conceito para além do poder das percepções das pessoas em relação à influência das percepções coletivas dentro de um contexto mais amplo:

“Se as pessoas definem situações como reais, elas são reais em suas conseqüências” (Thomas e Thomas, 1928) (p. 572).

O sociólogo *Robert K. Merton (1910-2003)* baseou-se no trabalho de Thomas em seu desenvolvimento da noção da profecia auto-realizável (MERTON:1948).

“A profecia auto-realizável é, no começo, uma falsa definição da situação, evocando um novo comportamento que torna verdadeira a falsa concepção. O destaque que se dá a profecia

auto-realizável perpetua um reino de erro. Pois o profeta citará o curso real dos acontecimentos como prova de que ela estava certa desde o princípio. (No entanto, sabemos que o banco de Millingville não era solvente, que teria sobrevivido por muitos anos se o rumor enganoso não tivesse criado as próprias condições de seu próprio cumprimento.) Tais são as perversidades da lógica social.” (MERTON:1948) (p. 195) -196)

Merton faz uso do banco imaginário de Millingville para ilustrar como as percepções das pessoas, neste caso, os clientes se preocuparam que o banco estava insolvente quando não estava, na verdade, produziu sua eventual insolvência.

Nos últimos 20 anos, apliquei essa noção acadêmica de reflexividade ao desenvolvimento e prestação de serviços para os indivíduos marginalizados. Sistemas, programas e funcionários precisam de reflexividade. Sem ela, valores implícitos e explícitos atrapalham e os programas são narrativamente estruturados, em seus inícios, meios e fins, de maneiras que erguem barreiras e, simplesmente, não funcionam.

A remoção desses obstáculos requer o desenvolvimento de uma inovação direcionada para remover uma barreira específica. Após a sua remoção, os objetivos dos programas precisam ser simplificados para que eles não “superpromovam” ou exagerem em termos de seu objetivo principal. Os objetivos dos programas precisam ser realistas, focados e empíricos. Os estudos de caso que se seguem ilustrarão os princípios centrais e o objetivo cultural do modelo em ação.

Estudo de caso um: sem moradia de despejo

Identificação da Barreira:

Durante o século 20 e no século 21, os indivíduos com múltiplas barreiras foram frequentemente excluídos dos projetos de habitação social em Vancouver. A barreira mais significativa na época era o uso ativo de drogas (particularmente o uso de drogas intravenosas). Os projetos de habitação social não deveriam fornecer moradia para usuários ativos de drogas. O uso de drogas foi percebido como moralmente repugnante e ilegal. Em meados dos anos 90, nem sequer era possível que organizações sem fins lucrativos recebessem explicitamente fundos do governo para abrigar usuários ativos de drogas. Quando presente, a toxicodependência manchou a identidade dos inquilinos de habitação social em perspectiva e um obstáculo dramaticamente desafiador para a sua inscrição em habitação social. A barreira, em seu nível mais básico, era o uso ativo de drogas (ou ser usuário de drogas).

Inovação para remover a barreira:

Para superar essa barreira, o PHS desenvolveu uma política de não-despejo (GURSTEIN AND SMALL:2005).

No fundo, esse princípio orientador consagrava a noção de que a moradia era um direito e que uma agência habitacional não deveria ser eticamente autorizada a usar seu poder para despejar pessoas apenas por usar drogas. De fato, enquanto isso era considerado heresia na época, a noção era o padrão na sociedade mais ampla. Imagine, a título de ilustração, um bairro

onde um dos vizinhos era usuário de drogas e seus vizinhos do bairro pudessem entrar em contato com o administrador do bairro para pedir que o usuário de drogas fosse despejado? Simplesmente isso não é possível legal ou eticamente. No entanto, essa era a prática comum em habitações sociais operadas por organizações de caridade. Não há gerentes de bairros. Os gerentes são artefatos dos arranjos sociais incomuns de moradias e programas de apoio.

A inovação foi a remoção do uso de drogas ativas como critério de despejo. As pessoas não poderiam mais ser despejadas simplesmente porque eram usuários de drogas ilícitas. Na época, embora talvez óbvia hoje, essa inovação foi extremamente controversa: foi percebido como uma espécie de feitiçaria. O PHS tornou-se estigmatizado como uma organização por causa de sua política de se recusar a despejar usuários de drogas. A organização, a partir de então, foi caracterizada como “habilitadora” ou “encorajadora” do uso de drogas. No entanto, é claro que o PHS não incentivou o uso de drogas. Foi simplesmente uma inovação humanística para recrutar e reter pessoas com vícios ativos em moradias de apoio. Eu descrevi essa abordagem habitacional em detalhes em outros lugares (GURSTEIN E SMALL:2005).

Simplificação do objetivo:

O objetivo principal dessa ação para este grupo extremamente marginalizado era simples: abrigar viciados ativos. Seu resultado foi mensurado pela “posse da habitação”: tempo de permanência de seu morador. Era um alojamento

permanente e não destinado a transformar as pessoas em moradias independentes. Seu objetivo era fornecer casas permanentes para pessoas sem moradia com vícios que nunca as tiveram, nem sequer uma vez, em toda a sua vida.

Propósito Cultural Subjacente:

O objetivo cultural dessa inovação era proteger a moradia como um direito para todos, inclusive os usuários ativos de drogas. A provisão de moradia para este grupo alvo também lhes deu uma abertura para a sociedade e tornou-se um determinante social chave da saúde.

Estudo de Caso Dois: Centro de Recursos para Usuários de Drogas (DURC)

Identificação de Barreira:

Nos anos 90 e nos anos 2000, houve um pânico moral sobre o uso de drogas injetáveis em Vancouver. Como parte desse pânico, houve ampla perseguição contra usuários de drogas injetáveis. Eu descrevi algumas das características específicas dessa perseguição, como a Aliança Comunitária de Vancouver (SMALL:2007). Devido a esta perseguição generalizada criou-se uma barreira significativa: não havia espaços comunitários e nem centros de habilitação para a vida dedicado a usuários ativos de drogas. Naquela época, se três dúzias de pessoas se reuniam na esquina do lado de fora de uma sorveteria era motivo de comemoração. Se três dúzias de viciados em drogas se reunissem na esquina da Main com a Hastings, no DTES, era a causa do

pânico moral. Viciados em drogas e sem-teto precisavam de um lugar onde pudessem ser acolhidos.

Inovação para remover a barreira:

A inovação que se seguiu foi a criação de um espaço comunitário de baixa barreira para usuários ativos de drogas, onde seriam acolhidos e alimentados, desenvolveriam habilidades para a vida, recebendo apoio de colegas e teriam instalações de lavanderia. Quando escrevi a proposta original para um Centro de Recursos de Usuários de Drogas (DURC) no ano 2000, foi tão controverso que uma petição contra ela coletou 32.000 assinaturas e foi submetida à cidade de Vancouver. A inovação, embora simples, foi o foco de desafios legais e audiências públicas contenciosas. Depois de um doloroso processo municipal envolvendo um enorme debate público, o DURC foi aberto em 2003 sob outro nome que visava esconder o fato de que servia aos viciados em drogas (Life Skills Center).

Simplificação do objetivo:

O objetivo chave para o DURC foi bastante simples: alcançar um grupo de usuários ativos de drogas que não eram bem-vindos ou apoiados em outros lugares. Não era para tornar os toxicod dependentes abstinentes ou reabilitados na imagem estereotipada de um cidadão bem sucedido. Foi para encontrá-los onde eles estão, não onde queremos que eles estejam e, ao fazê-lo, dar-lhes a oportunidade de uma vida bem-sucedida (como eles a definissem). O objetivo foi medido em termos de pontos de contato, apoios, referências e serviços prestados.

Propósito Cultural Subjacente:

O propósito cultural da DURC era criar uma zona de aceitação para pessoas marginalizadas com vícios que antes haviam sido relegados às sombras da comunidade.

Estudo de Caso Três: Distribuição de Agulha

Identificação de Barreira:

Quando a primeira ação dedicada a distribuição de agulhas para usuários de drogas na América do Norte começou, em 1989 / Vancouver, foi de “troca de agulhas”, o que significava que os usuários ativos de drogas tinham que devolver uma agulha suja em troca de cada agulha limpa. O racional era limitar essencialmente o número de agulhas usadas (e, por extensão, o número de drogas consumidas) e construir, paternalisticamente, uma relação de serviço inerente na interação (por exemplo, um encaminhamento para desintoxicação ou tratamento). Como o uso de cocaína proliferou em Vancouver, as pessoas começaram a precisar de mais agulhas a cada dia (ou hora) para acomodar a ingestão mais frequente da droga. O único espaço de troca de agulhas da província na época também limitava o número total de agulhas que um usuário de drogas poderia receber em um dia. O que isso significa, na verdade, é que as pessoas foram forçadas a usar agulhas impuras e, ao fazê-lo, correrem o risco de contrair HIV e HCV. Ironicamente, a troca de agulhas, ao mesmo tempo em que implantou esse modelo paternalista, não foi tão eficaz quanto poderia ter sido na prevenção do HIV e HCV. Não estava distribuindo agulhas suficientes ou fornecendo-as de maneira

suficientemente flexível para atender à necessidade epidemiológica. A barreira: troca forçada de agulhas e limites no número de agulhas fornecidas por dia.

Inovação para remover a barreira:

A inovação foi simples: remover os limites diários e permitir que as pessoas recebessem agulhas limpas, mesmo se não tivessem sujas para trocar (SMALL:2010).

Simplificação do objetivo:

O objetivo foi distribuir tantas agulhas quanto possível, a fim de enfrentar a crise epidemiológica do HIV e HCV. Basta dizer que o modelo foi tão eficaz que forneceu muito mais agulhas e recuperou mais agulhas sujas do que o ineficaz modelo de troca.

Propósito Cultural Subjacente:

O objetivo cultural era encontrar usuários ativos de drogas onde eles realmente estivessem, em vez de onde queremos que eles estejam e, ao fazê-lo, prevenir eficazmente o HIV e o HCV com uma intervenção realista. Isso também deu às pessoas a oportunidade de um dia alcançar o limiar de uma vida bem sucedida (sem viver com HIV ou HCV).

Estudo de caso quatro: empresa social e emprego

Identificação de Barreira:

As barreiras mais significativas ao emprego para pessoas extremamente marginalizadas são os tipos de empregos disponíveis. Pessoas com múltiplas barreiras ao emprego precisam de oportunidades que sejam flexíveis, sem julgamento

e acolhedoras. O emprego é competitivo e os empregadores normalmente não assumem riscos na contratação de pessoas com necessidades mais elevadas que podem não ser tão produtivas, qualificadas, apresentáveis ou confiáveis. Além disso, os indivíduos que vivem no limite da sobrevivência não podem passar por complexos processos de entrevista ou esperar duas semanas por um cheque de pagamento (por exemplo, e, ao receber um cheque, pode até não poder descontá-lo).

Inovação para remover a barreira:

A inovação em relação ao emprego foi a criação e apropriação de empresas socialmente conscientes (empresas sociais) que empregam pessoas com múltiplas barreiras. As barreiras que precisavam ser removidas incluíam reabilitação vocacional, entrevistas, currículos, compromisso com um cronograma rigoroso de trabalho e a necessidade de esperar por um cheque de pagamento (eles precisavam ser pagos em dinheiro). Em contraste com os programas tradicionais de reabilitação vocacional que essencialmente trabalham para preparar as pessoas para o emprego, este modelo dá às pessoas trabalho para prepará-las. A título de ilustração, nos serviços que co-desenvolvi, um usuário de drogas ativo poderia participar de uma reunião de trabalho, trabalhar um turno de 4 horas distribuindo agulhas limpas pela troca de seringas e receber pagamento em dinheiro no mesmo dia. As empresas sociais também proporcionaram oportunidades para que as pessoas desempenhassem funções de supervisão, onde poderiam assumir mais responsabilidades, receber uma remuneração maior e

serem pagas por cheque ou depósito direto. Uma descrição mais detalhada das nuances da empresa social e da gama de empregos de baixo limiar está próxima (Small et al, a ser publicado).

Simplificação do objetivo:

O objetivo é simplesmente envolver indivíduos com múltiplas barreiras de saúde e sociais, que praticamente não tiveram experiência de trabalho, em atividades de emprego.

Parte da simplificação envolve evitar complicações. Nesse caso, o programa é estreitamente definido a fim de evitar tentativas ineficazes de insistir em que os participantes sejam empregados independentemente no mercado mais amplo como condição para o sucesso (embora isso possa ser uma meta ou aspiração secundária).

Propósito Cultural Subjacente:

Em seu nível mais básico, o trabalho oferece uma oportunidade para as pessoas obterem renda necessária para as necessidades básicas da vida. No entanto, além disso, ser capaz de trabalhar e contribuir para a comunidade em geral é uma representação simbólica da participação na sociedade. O trabalho, então, é mais que trabalho. É uma experiência psicossocial que valida a participação de pessoas na sociedade, criando uma identidade social.

Caso de Estudo Cinco: Cuidados de Saúde

Identificação de Barreira:

Ficou claro, a partir do meu trabalho no DTES e da

pesquisa baseada na comunidade descrita acima, que as pessoas com múltiplas necessidades eram frequentemente excluídas dos cuidados de saúde. O caos em suas vidas simplesmente não lhes permitia frequentar clínicas médicas de maior nível, onde eram obrigadas a comparecer a consultas aguardando em salas de espera ou seguir todas as instruções de um médico. Além disso, muitos não tinham identificação médica (a documentação exigida para receber assistência médica no Canadá: cartões de cuidados).

Observação: um amigo meu trabalhou como médico no DTES. Ele começou com expectativas de que os pacientes deveriam comparecer a sua clínica, comparecer a tempo para consultas e seguir seu conselho médico. Na verdade, a maioria das pessoas estavam no limiar da sobrevivência e, portanto, perdiam seus compromissos. Para complicar ainda mais, eles nem sempre entendiam as recomendações médicas (eles não seguiam as sugestões dele). Ele ficou frustrado e foi dispensando seus pacientes por não-cumprimento de suas recomendações e pela conclusão de que o paciente era incapaz de estabelecer um relacionamento terapêutico. Como resultado, ele tinha cada vez menos pacientes comparecendo ao seu consultório. A realidade é que os pacientes não poderiam atingir o limiar de suas expectativas de tratamento médico. Com o tempo, ele percebeu que precisava de uma abordagem mais flexível que atendesse ao seu tratamento médico às realidades da vida dos pacientes, em vez de tentar obrigar os pacientes a se adaptarem às suas noções esperadas de interações médicas aceitáveis.

Inovação para remover a barreira:

A inovação para os cuidados médicos assumiu duas formas. Em primeiro lugar, em vez de esperar que as pessoas com múltiplas barreiras (por exemplo, doença mental, vício ativo, envolvimento de rua) viessem a clínicas médicas e passassem tempo em salas de espera, trouxemos o médico até elas. Nostalgicamente, isso foi como um retorno ao passado, quando os médicos faziam visitas domiciliares. Em resumo, nós colocamos uma clínica dentro de um hotel de ocupação de um quarto onde os pacientes poderiam abrir a porta do seu quarto, caminhar pelo corredor e ver o médico no que equivalia à sala de estar de sua casa. Essa inovação exigiu que o médico estivesse disposto a trabalhar em uma clínica menos gloriosa. Por exemplo, essas clínicas eram frequentemente acomodadas em pequenas áreas, como salas de suprimentos ou escritórios da equipe, devido à disponibilidade limitada de espaço. Eles não tinham assistentes de consultório médico, almoços com outros funcionários e escritórios particulares.

A segunda inovação está intimamente ligada aos resultados médicos em si. Em vez de esperar que os pacientes atingissem as metas estabelecidas pelos médicos, os médicos que atuavam nessa área precisavam desenvolver maneiras mais sutis de medir o sucesso. A título ilustrativo, se um usuário de cocaína injetável a longo prazo visitava o médico para tratamento de um pulso quebrado de uma briga violenta relacionada a drogas, os médicos geralmente queriam ir além do tratamento do punho para lidar com o vício subjacente que viam como a causa final. Quando o

paciente não estava em conformidade na busca de tratamento de desintoxicação ou dependência, o médico avaliaria a intervenção como malsucedida. Em contraste, quando os resultados são mais focados em uma preocupação imediata (como o tratamento do punho), sucessos claros podem ser vistos sem serem perdidos nas aspirações de tratamento a longo prazo do médico. Além disso, se os resultados são analisados a longo prazo, ao longo de vários anos, então o tratamento do punho neste caso hipotético pode ser visto como um investimento a longo prazo numa relação paciente e terapeuta. Nesse caso, mesmo o serviço médico mais básico pode ser visto como eficaz.

Simplificação do objetivo:

O objetivo simplificado para os serviços médicos é simplesmente fornecer cuidados primários para um grupo de pessoas que não estavam conectadas ao sistema de saúde de forma alguma. Ou seja, já é um resultado positivo quando uma pessoa que nunca teve um médico de família está de pé na porta do sistema de saúde. O fato de que eles têm um médico de cuidados primários é em si uma intervenção bem sucedida. Em exemplos reais, fomos capazes de passar de uma situação em que um grupo de 100 inquilinos marginalizados em um hotel em ruínas não tinha qualquer tipo de atendimento primário (apesar das necessidades espantosas de saúde) a cada um deles tendo um médico de família. À medida que as relações terapêuticas forjadas por este modelo se desdobraram no futuro, elas se tornaram investimentos médicos na vida de pessoas que, de outra forma, seriam totalmente desconectadas do sistema de saúde. Sem

essa conexão, muitos simplesmente morreriam de condições de saúde completamente tratáveis, no fundo da tristeza de um antigo quarto de hotel.

Propósito Cultural Subjacente:

O propósito cultural do tratamento médico é simplesmente validar a pessoa com múltiplas proteções à sua saúde e disponibilizar para eles serviços médicos que, em geral, os cidadãos em a seu dispor.

Caso de Estudo Seis: Clínica Dentária Comunitária

Identificação de Barreira:

Existem duas principais barreiras à odontologia para pessoas de baixa renda e marginalizadas. O primeiro é o dinheiro. Como a odontologia é uma especialidade que não tem investimento governamental, pessoas sem dinheiro simplesmente não tem acesso a esse serviço. A segunda barreira é a própria marginalização e a realidade que os dentistas do mainstream dos anos 90 não queriam prestar serviços a pessoas com múltiplas barreiras, incluindo falta de moradia, doença mental, HIV e uso de drogas ativo.

Inovação para remover a barreira:

Essa inovação exigiu a criação de uma clínica odontológica gratuita para pessoas com múltiplas barreiras na comunidade. O componente livre da inovação foi realizado por meio de uma doação operacional para iniciar e, em seguida, uma doação única do governo que foi investida em uma doação na University of British Columbia.

A doação foi usada para suplementar os salários de dois dentistas dedicados a trabalhar com essa população difícil de alcançar.

Simplificação do objetivo:

O objetivo deste programa foi chegar a um grupo que anteriormente não havia alcançado serviços odontológicos. Houve uma necessidade de reconsiderar os resultados tradicionais de um programa de odontologia. O programa mantinha estatísticas para a autoridade de saúde local (que fornecia uma bolsa para atender clientes de baixa renda que já haviam usado uma clínica do governo que tinha sido fechada). As estatísticas indicaram que a clínica DTES estava deixando mais cadeiras odontológicas vazias do que o normal em outras clínicas odontológicas. Isso criou um problema para a autoridade de saúde local financiou parte do investimento porque o custo dos serviços, usando seu modelo de aquisição informado, parecia mais alto, de acordo com o padrão da prefeitura. A lógica que usei para explicar essas vagas foi que a clínica DTES intencionalmente assumiu riscos com mais desafios para alcançar os pacientes e que as cadeiras vazias eram um indicador dessa flexibilidade aprimorada.

Nas clínicas odontológicas tradicionais, as cadeiras vazias representam perda de receita e gastos desnecessários. As clínicas tradicionais fazem um esforço considerável para garantir que as cadeiras estejam cheias (por exemplo, entrar em contato para lembrar os pacientes com antecedência). Os pacientes que não comparecem as consultas são penalizados (cobram taxas por compromissos perdidos, no futuro correm o risco de serem rejeitados, etc). Na clínica projetada para pessoas que estavam

desconectadas dos serviços e da comunidade (por exemplo, os sem-teto, doentes mentais, trabalhadores do comércio de sobrevivência) os pacientes de difícil acesso não eram penalizados por faltarem uma consulta. O aumento dos níveis de vacância na cadeira era esperado e planejado para permitir que a equipe odontológica assumisse mais riscos necessários para alcançar seu objetivo final de atingir os pacientes mais desafiadores. Esses indivíduos tinham dificuldade em marcar consultas em virtude de seus ferimentos (por exemplo, vício ativo) e o caos relacionado em suas vidas. Ou seja, a lógica era que era mais caro entregar serviço a um grupo-alvo de alta necessidade do que uma população mais convencional. Nesse caso, a autoridade de saúde não poderia usar um modelo de comparação direta ou indireta em seu processo de aquisição.

Propósito Cultural Subjacente:

Nos estágios iniciais da operação da clínica, dois estudantes de odontologia da universidade local se recusaram a tratar pacientes que eram HIV positivos. Este evento criou uma oportunidade de aprendizado para os dois alunos envolvidos e ilustrou a necessidade de um programa comunitário com uma finalidade específica, onde os estudantes de odontologia poderiam aprender a trabalhar com pessoas com vários riscos de saúde. A contribuição desta inovação teve um efeito contínuo em que todos os dentistas treinados na UBC (a única instituição de ensino com uma escola de odontologia) e eles passaram a serem obrigados a completar o treinamento na clínica odontológica DTES.

Na sociedade canadense contemporânea, onde a aparência estética é valorizada, um sorriso saudável é valorizado culturalmente. As pessoas com dentes ruins são estigmatizadas (por exemplo, não é fácil conseguir um emprego em um café com dentes pobres ou ausentes). O objetivo cultural deste programa era validar a humanidade de indivíduos marginalizados e, quando possível, dar-lhes um sorriso como o nascer do sol. Isso aumentou a auto-estima e o envolvimento de indivíduos marginalizados com a comunidade em geral.

Estudo de Caso Sete: Combatendo a Exclusão Financeira

Identificação de Barreira:

Existem duas barreiras que contribuem para a exclusão financeira. A primeira barreira no setor bancário para os mais vulneráveis é que eles não são normalmente bem-vindos em ambientes bancários tradicionais. A título ilustrativo, quando um pequeno banco comunitário que servia a comunidade de baixa renda no DTES estava programado para o fechamento, fui chamado para uma reunião com representantes de vários bancos da região. A primeira pergunta foi: “o que você vai fazer sobre o fechamento? Será que, de repente, seremos inundados com esses clientes?” A triste realidade é que, se uma pessoa mentalmente doente, com roupas sujas e comportamento excêntrico, entrasse em um banco comum, eles imediatamente se tornariam um alvo de preocupação e provavelmente enfrentariam uma intervenção do

guarda do banco com o objetivo de colocá-los para fora do edifício. A segunda barreira é o fato de que muitos dos mais vulneráveis não possuem identificação emitida pelo governo. No caos de suas vidas, esses itens foram perdidos ou nunca conquistados.

Inovação para remover a barreira:

A inovação aqui assumiu duas formas. Em primeiro lugar, fizemos uma parceria com uma instituição financeira (Vancity) para criar um banco comunitário com o propósito expresso de servir os mais feridos na comunidade, incluindo os sem-teto, viciados e doentes mentais. A parceria foi esboçada com o CEO da Vancity em um guardanapo na cafeteria. Essencialmente, a instituição bancária forneceria fluxo de caixa e supervisão financeira, enquanto forneceríamos trabalhadores doentes mentais como contadores. A segunda inovação foi a provisão de identificação através do DURC que seria então aceita na instituição bancária que operávamos, uma vez que os trabalhadores doentes mentais empregados na cooperativa de crédito conheciam quase toda a base de clientes da comunidade, uma vez que haviam servido em outras esferas (por exemplo, inquilinos de habitação social, empregados em empresas sociais, participantes da instalação de injeção supervisionada).

Simplificação do objetivo:

O objetivo aqui foi fornecer às pessoas uma conta bancária. Não foi para sobrepor alvos profissionalizados do programa, como aconselhamento orçamentário, nem para insistir em um plano de independência financeira (embora possam ser aspirações), mas era simplesmente fornecer-lhes uma conta bancária.

Propósito Cultural Subjacente:

O propósito cultural subjacente desta iniciativa era combater a exclusão financeira. Ter uma conta bancária é um indicador-chave da participação na sociedade em geral.

Estudo de Caso Oito: Programa de Antibióticos Intravenosos

Identificação de Barreira:

As pessoas que injetam drogas ilícitas são propensas a infecções graves que exigem tratamento antibiótico intravenoso a longo prazo. No momento em que entram no hospital, as infecções atingiram um nível de risco de vida e exigiriam meses ou anos de tratamento. Se este grupo-alvo puder ser admitido, eles acabarão por deixar o hospital “contra aconselhamento médico” (AMA) antes que o tratamento seja concluído. Eles são normalmente considerados AMA por um dos dois motivos. Em primeiro lugar, eles deixam a enfermaria do hospital para retornar à comunidade sem permissão médica e, portanto, são considerados AMA. Em segundo lugar, eles trazem o caos das ruas (por exemplo, uso ativo de drogas) para o ambiente hospitalar e são solicitados a sair devido ao não cumprimento das regras do hospital. Isso resulta em altos custos para o sistema médico e uma preocupação significativa com a saúde de que a população não conclua o tratamento antibiótico intravenoso que salva vidas. À luz desses fatores, o nível de retenção para este grupo alvo no tratamento com antibióticos intravenosos foi extremamente baixo.

Inovação para remover a barreira:

A inovação aqui foi bastante controversa na época. Se destilada até o nível mais básico, a barreira para o grupo-alvo, usuários de drogas injetáveis, a receber tratamento de longo prazo em um ambiente hospitalar era o fato de que eles precisavam sair para obter e usar drogas. Se um programa clínico que oferecesse tratamento com antibióticos intravenosos lhes permitisse ir e vir para que pudessem usar drogas, presumivelmente estariam dispostos a permanecer no tratamento. Fui convidado pela autoridade de saúde local para urgentemente (em 3 semanas) criar uma unidade de tratamento com antibióticos em um hotel que operamos no DTES. Meu co-diretor e eu definimos o programa de acordo com o cronograma e recrutamos funcionários que estavam confortáveis com a população-alvo. A principal inovação: os pacientes podem sair para obter drogas ilícitas e usar a instalação de injeção supervisionada. Eles poderiam, então, retornar e continuar seu tratamento antibiótico intravenoso baseado em residências.

Esta inovação inicialmente recebeu uma resistência significativa de alguns médicos, particularmente os médicos do vício, porque eles pensavam que a abordagem “permitia o vício”. Esse grupo de defensores vocais do tratamento da dependência inicialmente bloqueou um grande número de encaminhamentos para o programa (aproximadamente metade). Seu raciocínio era duplo: o grupo vulnerável não deveria entrar no DTES viciado em drogas e que o tratamento primário deveria ser o vício. Em outras palavras, a lógica desses clínicos bem-intencionados era

que a causa básica da infecção era o vício, então a apresentação de um adicto ativo na emergência para tratamento de uma infecção representava uma oportunidade para obrigá-los a receber tratamento para a infecção a causa subjacente do programa (que eles definiram como vício).

Enquanto médicos internistas identificaram a principal questão médica para o tratamento como uma infecção, eles também forneceria um encaminhamento para um paciente com dependência para um médico de dependência como parte da interação médica geral. Os especialistas em dependência se concentrariam no vício. Em alguns casos, isso ocorreu, ironicamente, à custa da saúde do paciente, pois muitos deles simplesmente deixavam a AMA do hospital sem dependência ou tratamento com antibióticos. A inovação realmente exigiu uma virada da lente para os clínicos e os gráficos narrativos sobrepostos à interação do paciente. Isso era necessário para determinar o objetivo principal da interação médica: tratamento da dependência ou tratamento da infecção (em casos em que não poderia ser porque o paciente recusou o tratamento da dependência, mas queria o tratamento com antibiótico)?

A inovação implementada estava, portanto, parcialmente dentro da cultura clínica, na medida em que o objetivo médico primário tornou-se o tratamento da infecção como uma primeira ordem, com o tratamento da dependência assumindo um papel secundário. O vício, enquanto fator, foi secundário em termos de preocupações clínicas imediatas para pacientes que enfrentam infecções potencialmente fatais.

Muito simplesmente, as pessoas estavam se apresentando no hospital para o tratamento da infecção, não para o tratamento da dependência. Se eles não quisessem receber tratamento de dependência como parte de seu tratamento com antibióticos, essa era, presumivelmente, a escolha deles. Eles devem poder ser encaminhados para um programa que permita seu tratamento com antibióticos enquanto continuam com seu vício. Era problemático bloquear seus encaminhamentos de pessoas para o tratamento de que precisavam, devido às necessidades dos médicos em tratá-los para outra coisa.

Por analogia, se uma pessoa apresentar uma perna danificada para tratamento após praticar esportes radicais, o médico não poderá suspender o tratamento até que o indivíduo tenha abandonado as atividades perigosas. Eles tratariam a condição de apresentação como uma questão de prioridade. Este não foi, no entanto, o caso do vício, e exigiu uma mudança cultural na compreensão do caminho inicial no tratamento de infecções subjacentes para esta população.

De fato, o tratamento da infecção forneceria uma oportunidade no futuro para o tratamento potencial de dependência, na medida em que o paciente seria mantido vivo para essa possibilidade. Essa inovação criou uma enorme fissura cultural na comunidade clínica da época, mas era, na sua raiz, um obstáculo profissional, e não do paciente. Foi cultura; não remédio.

Simplificação do objetivo:

O principal objetivo aqui foi a retenção no tratamento. O programa trabalhou para aumentar o número de pessoas

recebendo tratamento antibiótico completo ou não. No final, foi um grande sucesso e teve taxas de retenção drasticamente mais altas do que as do hospital. Tudo isso para dizer que, em virtude de permitir que os usuários de drogas deixem a instalação para usar drogas, isso leva a resultados muito mais elevados em termos de retenção de tratamento e cura da infecção.

Propósito Cultural Subjacente:

O propósito cultural aqui era facilitar uma visão mais focada do propósito de uma interação médica que é determinada pelo paciente e não pelas necessidades do médico. Se um paciente vem para uma infecção, então ele deve ser tratado para a infecção subjacente de uma forma que funcione dentro do contexto de sua experiência real (que, neste caso, envolve o uso de drogas injetáveis).

Estudo de Caso Nove: Instalação de Injeção Supervisionada

A esta altura, deve estar claro que todos os programas acima mencionados visavam atingir pessoas com múltiplas barreiras, incluindo vícios ativos que de outra forma não seriam alcançados pelos serviços convencionais. Por um lado, alguns podem argumentar que este grupo era muito difícil de alcançar, difícil de tratar, difícil de contratar, difícil de bancar, difícil de empregar e difícil de apoiar. O grupo alvo, em si, era difícil. No entanto, em contraste, eu argumento que não é tanto o grupo-alvo que é “difícil”, mas o próprio sistema. Nossos sistemas

convencionais são altos limiares. Eles colocam em prática barreiras que dificultam a superação das pessoas, especialmente aquelas com enormes desafios em suas vidas diárias.

Portanto, a solução não está tanto na compreensão do difícil alcance, mas sim na compreensão das dificuldades em nossos sistemas que os tornam difíceis de acessar. O estudo de caso final do meu trabalho que utilizarei é o mais famoso. É também uma das partes mais controversas de imóveis culturais na América do Norte: a instalação de injeção supervisionada de Vancouver (Insite). Descrevi sua história, desenvolvimento e princípios fundamentais em outros lugares (SMALL:2006a; SMALL:2004a; SMALL:2005a; SMALL:2005b; SMALL:2007; SMALL:2008a; SMALL:2008b; SMALL:2010; SMALL:2012; SMALL:2016) apenas uma breve descrição para servir a análise conceitual exposta neste artigo.

Identificação da barreira:

A barreira para o uso de drogas injetáveis é o risco de morte devido a overdose fatal ou infecção mortal (HIV). Dado que drogas injetáveis auto-administrados são normalmente altamente ilegais, as pessoas com frequência os utilizam em condições não supervisionadas que resultam em overdoses fatais e infecções graves.

Inovação:

A inovação aqui é talvez a mais simples das descritas: supervisionar as pessoas enquanto estão injetando substâncias ilícitas, de modo que a intervenção médica para a superdosagem possa ser administrada, se necessário. A intervenção é bastante simples: o contato de serviços de emergência, ABC de CPR,

limpeza de vias aéreas, administração de oxigênio e narcóticos, conforme necessário (para reverter uma overdose de opiáceos). O fato de as agulhas não poderem ser compartilhadas significa que centenas de milhares de injeções na instalação a cada ano são mais seguras em termos da disseminação do HIV / HCV.

Simplificação do objetivo:

Existem 3 objetivos principais do Insite. Primeiro, a iniciativa tenta atingir um grupo alvo que não é alcançado em outro lugar (usuários ativos de drogas injetáveis) para que eles possam ficar na porta da assistência médica. Segundo, o objetivo do programa é prevenir overdoses fatais nas pessoas que usam o programa. Em terceiro lugar, o objetivo do Insite é conter a propagação de doenças infecciosas como HIV e HCV, evitando o uso de agulhas contaminadas. Neste programa, há também resultados secundários que incluem: encaminhar pessoas para desintoxicação / tratamento e prevenir infecções da pele.

Propósito Cultural Subjacente:

O objetivo do Insite é validar a personalidade das pessoas que vivem com vícios. Ele destaca o valor cultural que as pessoas não merecem morrer porque têm vícios. Eles são filha, filho, mãe ou pai de alguém e parte da família humana.

Conclusões possíveis: Mudança de zonas de abandono para zonas de aceitação

Todas as iniciativas programáticas descritas acima ocorreram no contexto de um objetivo cultural maior: *a criação*

de zonas de aceitação. Cada um dos estudos de caso acima tem histórias muito mais elaboradas sobre seu início, operação e, em alguns casos, o destino. Da mesma forma, existem muitos outros programas e intervenções sobre os quais eu poderia desenhar, mas acho que esses são bastante representativos. Essa abordagem, na verdade, não se limita ao estabelecimento de programas, mas realmente se estende para as formas dinâmicas e cotidianas de que serviços eficientes são operados (e vividos). Ao escolher as que foram compartilhadas acima, só consegui oferecer aqui uma espécie de sentido impressionista para descrever um modelo cultural.

As *zonas de aceitação* que trabalhei para criar são um corolário humanista para a criação de áreas de abandono. Seu objetivo era e é dar as boas-vindas a um povo incrivelmente marginalizado (por exemplo, fumantes de crack, UDIs, sem-teto, doentes mentais, trabalhadores do comércio de sobrevivência) na família humana. Isso, mais do que qualquer outra coisa, é um empreendimento profundamente cultural.

Este artigo baseou-se no trabalho ao longo de um período de 20 anos. A criação de zonas culturais de aceitação baseia-se na ideia de que problemas sociais contemporâneos, como o uso de drogas ilícitas, existem no centro de movimentadas interseções culturais. Essas interseções de cultura criam barreiras à implementação de serviços eficazes de saúde, moradia e apoio, concentrando-se nos problemas intrínsecos do grupo-alvo ferido que eles buscam alcançar. Projetar programas para alcançar grupos-alvo previamente “inacessíveis” com serviços eficazes requer um

exame rival das barreiras criadas pelos próprios serviços. Espero ter tido sucesso em apresentar um caso de análise reflexiva dos serviços que, como profissionais, projetamos e fornecemos.

Aqui, a análise não é sobre como as pessoas que buscam serviços não conseguiram acessar os serviços, mas como os serviços não conseguiram alcançá-los. Esta é uma forma de reflexividade cultural em que olhamos para nós mesmos, e não para as pessoas que servimos, e as barreiras que criamos no sistema. De acordo com essa abordagem, se uma iniciativa ou programa foi considerado “N” dentro de uma equação metafórica, então sempre existe na realidade um epifenômeno cultural, $N + 1$, onde o 1 representa o “nós”. O nós é composto de regras, políticas, valores e moralidade, prática profissional e as estruturas que essas variáveis preenchem e informam. A criação de zonas culturais de aceitação requer uma contabilidade cultural dessas variáveis que, de outra forma, estão muitas vezes escondidas para criar intervenções bem-sucedidas. As inovações que descrevi são projetadas para remover as barreiras à saúde, moradia e suporte efetivo que profissionais e membros do público em geral criaram.

E agora, quero terminar este artigo com uma percepção que me assombrou por todos os anos em que trabalhei para criar inovações, iniciativas e programas que funcionassem para pessoas com vícios ativos e outras barreiras à posse psicossocial. Este artigo e os exemplos que ele descreve nos deixa, a meu ver, com uma questão ética fundamental: por que eu tive que fazer esse trabalho? Por que essa coleção de serviços e os temas programáticos que os conectam são necessários?

Ao longo do meu trabalho ao longo de um período de duas décadas, fiz parte da criação de uma gama de serviços, dentro de zonas culturais de aceitação, para pessoas que tinham sido excluídas da sociedade em geral. Esses programas incluíam: um centro de recursos para usuários de drogas que foram excluídos dos principais centros comunitários, uma mercearia para os mais marginalizados, um banco urbano para pessoas que não são bem-vindas nas instituições financeiras convencionais, um programa de antibióticos intravenosos para viciados ativos, programas de emprego para usuários de drogas, habitação para os mais difíceis de abrigar, serviços de troca de seringas de baixo limiar, tratamento para os difíceis de tratar que têm dificuldade de acesso aos cuidados de saúde tradicionais e uma clínica odontológica para aqueles que não podem ter acesso aos cuidados tradicionais. Além desses programas, também ajudei a criar uma série de programas auxiliares, incluindo uma cafeteria, lavanderia e galeria de arte para membros marginalizados da comunidade. A instalação de injeção supervisionada, indiscutivelmente a mais controversa dessas iniciativas, estava conectada a essa visão de serviços alternativos para um grupo que falhou dramaticamente no sistema mais amplo.

As zonas culturais de aceitação necessárias para a criação de todos esses programas criaram uma espécie de universo paralelo, um sistema rival de serviços de baixo limiar que existia simultaneamente com o sistema convencional de assistência médica, moradia e serviço. A questão ética que me assombra, então, é por quê? É realmente ético como sociedade, a longo

prazo, criar um lugar paralelo de aceitação cultural? Ou melhor, isso não deveria ser parte de um empreendimento cultural maior, um plano de ação, para remodelar a cultura mais ampla, a de todos, de você e eu, de modo que os mais feridos, aqueles que transformamos em leprosos sociais são bem-vindos?

Terminarei este artigo com esta pergunta: por que é necessário criar um sistema paralelo com zonas isoladas de aceitação em vez de embarcar em um empreendimento cultural maior que tenha como objetivo receber usuários de drogas e, na verdade, todos, em qualquer lugar e em qualquer lugar como membros de nossa comunidade, da família humana?

Bibliografia

- BIEHL, J. *Vita: Life in a Zone of Abandonment*. Berkeley: University of California Press, 2013.
- BURAWOY, M. "2004 Presidential Address: For Public Sociology." *American Sociological Review* 7, no. February (2005): 4-28. [http://burawoy.berkeley.edu/Public Sociology, Live/Burawoy.pdf](http://burawoy.berkeley.edu/Public%20Sociology,%20Live/Burawoy.pdf).
- ELLIOT, A. J. and S. CHAPMAN. "Heroin Hell Their Own Making': Construction of Heroin Users in the Australian Press 1992-97." *Drug and Alcohol Review* 19 (2000): 191-201.
- ERVIN, A. M. and Lorne Holyoak. "Applied Anthropology in Canada: Historical Foundations, Contemporary Practice, and Policy Potentials." *National Association for the Practice of Anthropology Bulletin* 25 (2006): 134-55.
- FARMER, P. "An Anthropology of Structural Violence." *Current Anthropology* 45, no. 3 (2004): 305-25.
- GIDDENS, A. *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford: Stanford University Press (First pub. 1991, Cambridge: Polity Press.), 1997. Reprint, 1997. Originally published as 1990.
- GOFFMAN, E. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York: Simon and Schuster, 1986 (1963).

- GURSTEIN, P. AND D. SMALL. "From Housing to Home: Reflexive Management for Those Deemed Hard to House." *Housing Studies* 20, no. 5 (2005): 717-35.
- KIRMAYER, L. "Comments: An Anthropology of Structural Violence." *Current Anthropology* 45, no. 3 (2004): 321.
- MERTON, R. K. "The Self-Fulfilling Prophecy." *The Antioch Review* 8, no. 2 (1948): 193-210.
- RYLKO-BAUER, B., M. SINGER, AND J. VAN WILLIGEN. "Reclaiming Applied Anthropology: Its Past, Present and Future." *American Anthropologist* 108, no. 1 (2006): 178-90.
- SMALL, D., A. PALEPU, and M.W. TYNDAL. "The Establishment of North America's First State Sanctioned Supervised Injection Facility: A Case Study in Culture Change." *International Journal of Drug Policy* 17, no. 2 (2006): 73-82.
- SMALL, D. "Mental Illness, Addiciton and the Supervised Injection Facility: New Narratives on the Downtown Eastside." *Visions: BC's Mental Health and Addictions Journal* 2, no. 1 (2004): 37-39.
- SMALL, D. "Looking into the Cultural Mirror: Addiction, Secret Lives and Lost Personhood." *Vision Journal* 2, no. 5 (2005): 29-30.
- SMALL, D. "Two Cultures Passing in the Night." *International Journal of Drug Policy* 16 (2005): 221-22.
- SMALL, D. "Fools Rush in Where Angels Fear to Tread: Playing God with Vancouver's Supervised Injection Facility in the Political Borderland." *International Journal of Drug Policy* 18 (2007): 18-26.
- SMALL, D. "Amazing Grace: Vancouver's Supervised Injection Facility Granted Six-Month Lease on Life." *Harm Reduction Journal* 5, no. 3 (2008): 1-6. <http://www.harmreductionjournal.com/content/5/1/3>.
- SMALL, D. "Fighting Addiction's Death Row: British Columbia Supreme Court Justice Ian Pitfield Shows a Measure of Legal Courage." *Harm Reduction Journal* 5, no. 31 (2008): 1-16.
- SMALL, D. "An Anthropological Examination of an Exotic Tribe: The Naicisyhp." *BC Medical Journal* 53, no. 1 (January, February 2010). <http://www.bcmj.org/newsnotes/anthropological-examination-exotic-tribe-naicisyhp>.
- SMALL, D. "Canada's Highest Court Unchains Injection Drug Users; Implications for Harm Reduction as Standard of Healthcare." *Harm Reduction Journal* 9, no. 34 (2012): 1-11. <http://www.harmreductionjournal.com/content/9/1/34>.
- SMALL, D. "Cultural Alchemy and Supervised Injection: Anthropological Activism and Application." *Practicing Anthropology* 39, no. 2 (2016): 26-31.
- SMALL, D. "Defining Moments and Healing Emplotment: 'I Have Cancer; It Doesn't Have Me'" *Health Communication* (2017): 1-3.
- SMALL, D. and E. DRUCKER. "Policy Makers Ignoring Science and Scientists Ignoring Policy: The Medical Ethical Challenges of Heroin Treatment." *Harm Reduction Journal* 3, no. 16 (2006): 1-14.
- SMALL, D., A. GLICKMAN, G. RIGTER, and T. WALTER. "The Washington Needle Depot: Fitting Healthcare to Injection Drug Users Rather Than Injection Drug Users to Healthcare: Moving from a Syringe Exchange to Syringe Distribution Model." *Harm Reduction Journal* 7, no. 1 (2010): 1-12.
- SMALL, D., A. PALEPU, and M.W. TYNDAL. "The Establishment of North America's First State Sanctioned Supervised Injection Facility: A Case Study in Culture Change." *International Journal of Drug Policy* (2006): 1-10.
- SMALL, R.D. "Mental Illness, Addiction and the Supervised Injection Facility: New Narratives in the Downtown Eastside." *Visions: BC's Mental Health and Addiciton Journal* 2, no. 1 (2004): 37-39.
- THOMAS, W. I. *The Unadjusted Girl: With Cases and Standpoint for Behavioral Analysis*. Boston: Little, Brown, and Company, 1923.
- THOMAS, W. I. and DOROTHY SWAINE THOMAS. *The Child in America: Behavior Problems and Programs*. New York: Alred A. Knopf, 1928.

Creating Zones of Acceptance: Fitting Services to People rather than People to Services

15 August 2018

Corresponding Author

Dr. Dan Small, PhD, MPhil, Research Associate, Department of Anthropology, University of British Columbia. E-mail: dansmall@mail.ubc.ca

Summary

Barriers to innovations to address illicit drug use are not scientific, medical or epidemiological. They are cultural. Illicit drug users (IDUs) have been marginalized as social lepers and relegated to a cultural minefield comprised of implicit and explicit values that shape our approach to drugs. Within this realm, they are excluded rather than included, perceived as undeserving rather than deserving and not quite part of the human family. Structural variables that constrain human agency are all but erased for drug users and they are considered largely at fault for their circumstance. They are consigned to zones of abandonment (Biehl, 2013). I introduce the notion of *zones of acceptance* as a means to shift values to create effective ways to reach people living with addictions. I draw on my experience designing healthcare, housing and supports for IDUs including my role in developing North America's first supervised injection facility to illustrate the creation of zones of acceptance.

Keywords

Outlaw anthropology and addiction, zones of acceptance, cultural construction of drugs.

Creating Zones of Acceptance: Fitting Services to People rather than People to Services

15 August 2018

Dan Small

Introduction

As the story of Galileo teaches us, culture is so powerful that it can even defy the laws of science. With culture at its foundation, popular wisdom can make any number of truths accepted, even when they are completely false, like the once dominant idea that the sun traveled around the earth. The authority of culture is powerfully illustrated by our approach to illicit drugs and the people that use them. So much so, in fact, that the most significant challenges faced when attempting to provide effective supports for people with addictions are not scientific or medical in nature; but cultural. By culture here I am not referring to far away and exotic groups of people but something much closer to home: the implicit and explicit values that form the basis of our understandings and approaches to drugs. This paper draws on a series of examples from my work over a 20-year period to demonstrate that the creation of effective services and supports for drug users begins not with an examination of the characteristics of a hard to reach target group but, rather, with a cold hard look at ourselves and what we believe.

What we believe matters. It matters because it determines how we approach contemporary social problems like illicit drug use. By approach I am really talking about narratives. Narratives are like plots in a movie. They organize what otherwise might appear to be random experiences into plotlines with beginnings, middles and ends. Narratives have, at their foundation, implicit and explicit values. They shape how society approaches drugs and the people that use them.

On a day by day basis, people with addictions face the impact of sociocultural values, such as blame (i.e. a sense that they are undeserving of supports for problems they created by the virtue of bad choices), that directly affect their psychosocial tenure. Removing obstacles put in place by cultural forces requires reflexivity, that is to say, the turning of analysis around, in order to examine our own narratives and the way that they shape our approach to drug users (for a more elaborate discussion of narratives and their impact on our understanding of drug users see for example (Small 2005a; Small, et al. 2006c; Small 2004b)).

The cold hard look at ourselves I describe above that must take place before we look at people with addictions is a kind of cultural accounting. This accounting allows us to see institutional and programmatic barriers that have been caused by our own values. Once these barriers and the values that created them have been identified, then they can be removed to make way for the creation of what I refer to as zones of acceptance. Within these cultural zones, housing, healthcare and support innovations can be designed to reach illicit drug users as they

are rather than how we want them to be. Only by uncovering the cultural mists that surround us, can we create services that fit people rather attempt to fit people to services.

DTES: Moving From Hell to Heaven

The programs that I am about to describe are situated within Vancouver's Downtown Eastside (DTES). While the DTES was once the proud starting place for the city (e.g. a thriving business centre, the first City Hall, the financial and hotel district), today it is home to many of the city's poorest and most vulnerable: the mentally ill, addicted, homeless, and individuals entrenched in the survival sex trade. It contains hundreds of tiny units within dilapidated century-old hotels whose monthly rents correspond to the province's shelter rates for social assistance. For decades, the neighborhood was so stigmatized that developers wouldn't purchase the land no matter how cheap, businesses would not invest in the area and even the Canadian postal service refused to deliver mail to some buildings. A front-page headline from the province's largest newspaper described the DTES as "4 Blocks of Hell" provided a brutally honest impression of most peoples' assessment of the area.

The DTES is both a place of refuge and a "zone of abandonment" (Biehl 2013) (p. 2). The notion of zone of abandonment was introduced by Biehl (2013) to describe Vita, in the city of Porto Alegre, Brazil (p. 2). Vita is home to several hundred marginalized individuals and was founded in 1987 by

Pentecostal Ze das Drogas (an individual with former street involvement). It is a kind of shadow community comprised of tents, a recovery area and a clinic of sorts with shared bathroom facilities and no hot water. Zones of abandonment are manifestations of structural violence. Structural violence is the structural machinery that transcends individuals and exacts a kind of societal vengeance upon certain groups of people, such as drug addicts (Farmer 2004; Kirmayer 2004). The social arrangements that create this systemic violence are part of the fabric of common-sense ideas and, as such, remain largely unchallenged.

Persecutory Cultural Practices

When I began work in the DTES, I was initially engaged to analyze some qualitative and quantitative research examining the experiences and state of health for people living below the poverty line in single rooms in 3 old hotels operated by a local charity (the Portland Hotel Society, later to become the PHS Community Services Society or just the PHS). The statistics that emerged were a poignant and telling story about suffering and exclusion. The residents had high levels of HIV, HCV, mental illness, conflict with the law, diverse health problems and foster care as children. There were roughly 10 times the national average of indigenous people living in the hotels many of whom had been victims of imprisonment in Canada's residential school system. The majority had been homeless for long periods and

evicted several times in the previous year before moving into this moderately supported housing. These data revealed startlingly high levels of trauma as per an adverse life events questionnaire I had administered (e.g. life threatening illness, loss of a loved one at a young age, victims of physical or sexual violence, having been kidnapped, having been in a fire, being orphaned).

As the work progressed, it became clear that there was a common denominator embedded in the present and past experiences of many of the hotel residents; active addiction. Ninety percent were living with active addictions. Three-quarters of the group were injection drug users (IDUs). More than half reported having been denied healthcare and housing due to their history of addiction. As my work began to unfold, I saw that there was a pattern of exclusion for this group. They had been excluded from healthcare, hospitals, financial institutions, community centres, grocery stores, mental health care and housing. They were universally unwelcome.

Social Lepers

This process of exclusion resulted in a kind of sequestering within the DTES.

The process of sequestration occurs in response to socio-culturally alarming phenomena such as mental illness, criminality, drug addiction, illness, sexuality and death (Giddens 1997). These phenomena are considered socially taboo and are therefore hidden away to reduce societal anxiety. At that time,

and perhaps still today, drug users, had been relegated a kind of cultural refugee camp in the DTES where they could be ignored. They were so stigmatized that they were expelled from society just as lepers were Canada's earlier history ([Elliot and Chapman 2000](#); [Small 2004a](#); [Small and Drucker 2006](#)). The identity of this group was culturally tarnished and discredited (Goffman 1986 (1963)). Drug users were, and in many cases still are, the social lepers of our day.

Into the Shadows

The values associated with the process of social tarnishment drive narratives that shape how we approach contemporary social issues such as illicit drug use. For example, if drug users are bad people who made bad decisions then the resultant narrative might lead some people to conclude that they are to blame and therefore undeserving of services. This narrative ordering of understanding and approaches to drug users is a deeply cultural process that results in the creation of zones of the abandonment described above (for a more in depth discussion of narratives, see ([Small 2004a](#); [Small 2016](#); [Small 2017](#); [Small 2004b](#))).

The narratives that perpetuate the violence of exclusion need not be explicit to be powerful and in fact are often hidden. The tools of sociology and anthropology can be deployed to uncover the various narrative strands, no matter how fine the threads, in the fabric of exclusion. Through my work, I have made it my goal to identify variables that lead to zones of

abandonment and to, conversely, create zones of acceptance in their place. This is where anthropology and sociology show their utility; they offer an opportunity for sociocultural accounting. A cultural ledger of this nature can lay bare the implicit and explicit values that form the basis of structural, institutional and cultural manifestations of exclusion. This type of accounting requires a cultural reflexivity that can uncover values that drive the narrative ordering of social reality.

Into the DTES

My experience with hard to reach populations began in the mental health field in the 1980's. After volunteering at the Province's largest psychiatric hospital (Riverview), I began working at a forensic psychiatric hospital for people with mental illnesses that had come into conflict with the law. At the time, they were legally considered *not guilty by reason of insanity* (NGRI) a designation that has been replaced today by the term *not criminally responsible due to mental disorder*: (NCRMD). This experience provided me with my first glimpse of the power of multiple stigmatizing forces and their impact. Patients of the forensic psychiatric hospital where I worked were essentially considered dangerous, even when they were not, and were therefore unwelcome within the community. They were essentially dually stigmatized as both criminal and mentally ill. It was nearly impossible to successfully refer them to agencies that would provide them with housing, mental health or support

services upon discharge. At that time, only two agencies in the entire province would willingly accept referrals from the forensic hospital where I worked: both operated hotels in the DTES.

In 1990, I designed a community fair aimed at bringing together hospital and community resources for forensic patients. It was at this point, that I made my first connection to organizations in the DTES that provided sanctuary for people living with mental illness that were being discharged from the forensic psychiatric system. I went on to work for both of these DTES agencies in 1996: The Mental Patients' Association (MPA) operating the Hampton Hotel and the Portland Hotel Society operating the Portland Hotel. In time, I went on to become the Director of Research, Development and Harm Reduction Services for the PHS and served in that capacity until 2014. My responsibilities included the development, evaluation, operation and protection of healthcare, housing, harm reduction and psychosocial rehabilitative programs. At the PHS, we referred to the area of responsibility for each director as a "cluster." My cluster included the development of culturally impossible programs at the time such as the creation of a supervised injection facility.

Outlaw Anthropology

From 1996 to 2003, I concurrently completed research and a dissertation for a PhD in medical anthropology. However, in the community, I was engaged in a renegade form of scholarship: a kind of outlaw anthropology and sociology. Outlaw anthropology

and sociology, as I define them, fall under the umbrella of public scholarship. There are many forms of public scholarship and a thorough review of the literature in this area cannot be provided here (for a more elaborate discussion, interested readers should read (Burawoy 2005)). However, at a high level, public scholars are engaged with the public in various degrees. For instance, they may involve the public in the design research questions or issues. Furthermore, they may disseminate their findings within the public sphere (rather than restrict them to peer-reviewed journals). At the heart of public approaches is the notion of putting knowledge to use so the "tools in the tool belt" of disciplines, their methods, theories, concepts and data can be employed to address contemporary social problems and to improve human conditions (Rylko-Bauer, et al. 2006). If traditional academic anthropology or sociology have their centres of gravity in the university, then public forms of these disciplines have their centre of gravity in the community.

Burawoy's (2005) description of organic public sociology was closer to my own work. An organic public sociologist focuses on engaging with an identifiable social group or movement (e.g. trade unions, religious or community groups, human rights organizations, AIDS activists) in the service of community need and social change.

However, my work may have gone a little further into a kind of outlaw scholarship. A great deal of academic work in the community is "fugitive" in that it is not linked to universities or published within the peer-reviewed realm (Ervin and Holyoak

2006). This type of renegade scholarship exists largely outside of known sphere of academics, so much so that it isn't even possible to provide an exhaustive review of the approach. Outlaw scholarship is at least two steps removed from conventional university based academic work. It is arguable that even one step beyond traditional public scholarship. This outlaw scholarship, as I term it, essentially saw me going beyond the analysis of culture and institutions to engaging with key stakeholders to actually change them (see for example (Small 2016; Small, et al. 2006b). What follows, provides examples of outlaw scholarship.

A Culturally Reflexive Model of Service Development

The analysis that follows is drawn from my own personal experience. As with all major undertakings, there were many others that helped to establish and operate the programs that I'm about to describe. Most notable among these are my colleagues of two-decades: Mark Townsend, Liz Evans, Kerstin Stuerzbecher and Tom Laviolette. These four individuals came to be more than co-workers and something even more than friends; they were a kind of family. We were co-directors of what I believe to have been a largely sociocultural enterprise. But the story here is mine, from my perspective, and is therefore, like all stories, filled with imperfections and incompleteness. I take full responsibility for the views and reflections I'm sharing here; they are entirely my own.

The work that we did within that social enterprise was for what might be referred to today as a kind of change organization

(although we never called it that). By virtue of its commitment to challenging existing approaches to controversial issues such as the treatment of active addicts, it was always under societal threat. I have often described the PHS as a metaphoric tissue transplant in a societal body that was constantly threatening to reject it. For two decades, the organization did a lot of social good, managed to straddle the fence between working within and outside the system, before finally being rejected by the wider body of society (but that is a story for another day).

The Cultural Model

As a co-founder of North America's first supervised injection facility much of my work and that of the wider PHS has been associated with the establishment of harm reduction services. To be sure, I did help establish a range of harm reduction services including a supervised injection site, safer crack kits, low-barrier methadone treatment, needle distribution, housing that tolerated active addiction, harm reduction vending machines and managed alcohol programs in residential settings. However, all of these programs were established against the backdrop of a philosophy that was more far reaching than harm reduction. The wider approach came into existence before harm reduction had taken hold in Canada. The model description that follows is my attempt to capture some of key overarching variables that connected to an overall programmatic approach that I drew upon when designing and operating programs for the most marginalized.

At an overarching level, the model I've deployed has a central goal: the creation of cultural zones of acceptance. It can be summarized with three core components:

- (1) Organizational and Systemic Reflexivity to Identify Barriers
- (2) Innovation to Remove of Barriers
- (3) Simplification of Outcomes

And, of course, as I am an anthropologist, there was always a final, underlying, cultural purpose for each innovation.

But first, I need to say a few words about reflexivity. I argue that the notion of reflexivity is central to successful service design and provision. Reflexivity refers to the process by which professionals or service providers turn their analysis back onto themselves and the institutions within which they are embedded. The idea can, and should, be applied beyond the individual to include organizational and systemic reflexivity. This collective reflexivity requires introspection about institutional, programmatic or structural barriers that are put in place by policies, procedures and systems. In the case of the most marginalized seeking services, the analysis needs to be turned around in order to identify the obstacles result in their exclusion.

Within the academic realm, anthropologists often talk about reflexivity as part of the process of ethnography where embedded researchers need to examine not only the social field but themselves and their impact upon it. The idea of reflexivity can be traced to a number of thinkers including, by way of example, sociologist William Thomas (1863-1947).

Thomas emphasized the importance of the context in influencing peoples' perceptions and perhaps social reality itself (Thomas 1923; Thomas and Thomas 1928):

"If men define situations as real, they are real in their consequences" (Thomas and Thomas 1928)(p. 572)

Thomas extended the concept beyond the power of people's perceptions to the influence of collective perceptions within a wider context:

"If people define situations as real, they are real in their consequences" (Thomas and Thomas 1928)(p. 572)

Sociologist Robert K. Merton (1910-2003) built on the work of Thomas in his development of the notion of the self-fulfilling prophecy (Merton 1948).

"The self-fulfilling prophecy is, in the beginning, a false definition of the situation evoking a new behavior which makes the originally false conception come true. The specious validity of the self-fulfilling prophecy perpetuates a reign of error. For the prophet will cite the actual course of events as proof that he was right from the very beginning. (Yet we know that Millingville's bank was solvent, that it would have survived for many years had not the misleading rumor created the very conditions of its own fulfillment.) Such are the perversities of social logic." (Merton 1948)(pp. 195-196)

Merton makes use of the imaginary Millingville bank to illustrate how people's perceptions, in this case customers worrying that the bank was insolvent when it was not, actually produced its eventual insolvency.

Over the past 20 years, I have applied this academic notion of reflexivity to the development and provision of services for

the marginalized individuals. Systems, programs and staff need reflexivity. Without it, implicit and explicit values get in the way and programs are narratively structured, within their beginnings, middles and ends, in ways that erect barriers and, quite simply, don't work.

The removal of these obstacles requires the development of a targeted innovation to remove a particular barrier. Following its removal, the outcomes of programs need to be simplified so they don't "over-promise" or over-reach in terms of their core purpose. The goals of programs need to be realistic, focused and empirical. The case studies that follow will illustrate the core principles and cultural objective of the model in action.

Case Study One: No Eviction Housing

Identification of Barrier:

During the 20th century and into the 21st century, individuals with multiple barriers were often excluded from social housing projects in Vancouver. The most significant barrier at that time was active drug use (particularly intravenous drug use). Social housing projects were not supposed to provide housing for active drug users. Drug use was perceived as morally repugnant and illegal. In the mid-1990's, it was not even possible for non-profit organizations to explicitly receive government funding to house active drug users. When present, drug addiction tarnished the identity of prospective social housing tenants and a dramatically challenging obstacle to their enrolment in social

housing. The barrier, at its most basic level was active drug use (or being a drug user).

Innovation to Remove Barrier:

In order to overcome this barrier, the PHS developed a no eviction policy (Gurstein and Small 2005). At its heart, this guiding principle enshrined the notion that housing was sacrosanct and that a housing agency should not ethically be allowed to use its power to evict people just because they use drugs. In fact, while this was considered heresy at the time, the notion was the standard in the wider society. Imagine, by way of illustration, a neighborhood where one of the neighbors was a drug user. The surrounding members of the neighborhood could not contact the manager of the neighborhood and ask that the drug user be evicted. It simply wouldn't be possible legally or ethically. Yet, this was the common practice in social housing operated by charitable organizations. There aren't managers of neighborhoods. Managers are artifacts of the unusual social arrangements of supported housing and programs.

The innovation was the removal of active drug use as criteria for eviction. People could not be evicted from the housing simply because they were illicit drug users. At the time, while perhaps obvious today, this innovation was extremely controversial; it was perceived as a kind of sorcery. The PHS became stigmatized as an organization because of its policy of refusing to evict drug users. The organization, from that point forward, was characterized as "enabling" or "encouraging" drug use. Yet, of course the PHS did not encourage drug use. It was

simply a humanistic innovation to recruit and retain people with active addictions in supported housing. I have described this housing approach in detail elsewhere (for a fuller account see (Gurstein and Small 2005)).

Simplification of Outcome:

The core outcome of the housing this extremely marginalized group was simple: to house active addicts. It was measured in terms of housing tenure: length of stay. It was permanent housing and not meant to transition people through into independent housing. Its goal was to provide permanent homes for homeless people with addictions that had never had them, not even once, in their entire lives.

Underlying Cultural Purpose:

The cultural goal of this innovation was to protect housing as sacrosanct for everyone, including active drug users. The provision of housing for this target group also gave them a doorway into society and addressed a key social determinant of health.

Case Study Two: Drug Users Resource Centre (DURC)

Identification of Barrier:

In the 1990's and into the 2000's, there was a moral panic about injection drug use in Vancouver. As part of this panic, there was widespread persecution towards injection drug users. I have described some of the specific characteristics of this persecution such as Vancouver's Community Alliance elsewhere (for a fuller

discussion see (Small 2007)). Due to this widespread persecution created a significant barrier: there was no community space and life skills centre that was designed for and welcomed active drug users. At the time, if three dozen people congregated on the corner outside of a gelato place, it was a cause for celebration. If three dozen drug addicts congregated on the corner of Main and Hastings in the DTES, it was the cause for moral panic. Street-involved and homeless drug addicts needed a place where they could be welcome.

Innovation to Remove Barrier:

The innovation that followed was the creation of a low-barrier community space for active drug users where they would be welcome and receive food, life skills, peer support and laundry facilities. When I wrote the original proposal for a Drug User's Resource Centre (DURC) in the year 2000, it was so controversial as an innovation that a petition against it collected 32,000 signatures and was submitted to the City of Vancouver. The innovation, while simple, was the focus of legal challenges and contentious public hearings. After a painful city process involving massive public debate, the DURC opened in 2003 under another name aimed at hiding the fact that it served drug addicts (Life Skills Centre).

Simplification of Outcome:

The key outcome for the DURC was quite simple: to reach a group of active drug users that were not welcome or supported elsewhere. It wasn't meant to make drug addicts be abstinent or be rehabilitated in the stereotypic image of a successful citizen.

It was to meet them where they are, not where we want them to be and, in so doing, give them the opportunity for a successful life (as they defined it). The objective was measured in terms of points of contact, supports, referrals and services provided.

Underlying Cultural Purpose:

The cultural purpose of the DURC was to create a zone of acceptance for marginalized people with addictions that had previously been relegated to the shadows of the community.

Case Study Three: Needle Distribution

Identification of Barrier:

When North America's first needle exchange began in 1989 in Vancouver, it was a needle *exchange* which meant that active drug users had to provide a dirty needle in exchange for each clean needle they received. The rationale was to essentially limit the number of needles used (and, by extension, the number of drugs consumed) and to paternalistically build an inherent service relationship into the interaction (e.g. a referral to detox or treatment). As cocaine use proliferated in Vancouver, people began needing more needles each day (or hour) to accommodate the more frequent ingestion of the drug. The province's only needle exchange at the time also limited the overall number of needles that a drug user could receive in a day. What it meant, in reality, is that people were forced to use unclean needles and, in so doing, risk HIV and HCV. Ironically, the needle exchange, while deploying this paternalistic model, was not as effective as it

could have been in preventing HIV and HCV. It wasn't giving out enough needles or providing them in a flexible enough manner to meet the epidemiological need. The barrier: forced exchange of needles and limits on number of needles provided per day.

Innovation to Remove Barrier:

The innovation was simple: remove the daily limits and allow people to receive clean needles even if they did not have dirty ones to exchange. I have described the establishment of low-threshold needle distribution in Vancouver (as opposed to needle exchange) elsewhere in detail (Small, et al. 2010).

Simplification of Outcome:

The outcome was to distribute as many needles as possible in order to address the epidemiological crisis of HIV and HCV. Suffice it to say, it was an effective model that delivered vastly more needles to address HIV and HCV while actually retrieving more dirty needles than the ineffective one for one exchange model.

Underlying Cultural Purpose:

The cultural purpose was to meet active drug users where they actually are, rather than where we want them to be and, in so doing, efficaciously prevent HIV and HCV with a realistic intervention. This also gave people an opportunity to one day reach the threshold of a successful life (without living with HIV or HCV).

Case Study Four: Social Enterprise and Employment

Identification of Barrier:

The most significant barriers to employment for extremely

marginalized people are the types of jobs that are available. People with multiple barriers to employment need opportunities that are flexible, non-judgmental and welcoming. Employment is competitive and employers do not typically take risks in hiring people with higher needs that may not be as productive, skilled, presentable or reliable. Furthermore, individuals living at the edge of survival cannot go through complex interview processes or wait two-weeks for a pay cheque (e.g. and, upon receiving a cheque, may not even have identification to cash it).

Innovation to Remove Barrier:

The innovation with regard to employment was the creation and ownership of socially conscious businesses (social enterprises) that employ people with multiple barriers. The barriers that needed to be removed included vocational rehabilitation, interviews, resumes, commitment to a rigorous work schedules and the need to wait for a pay cheque (they needed to be paid in cash). In contrast to traditional vocational rehabilitation programs that essentially *work to get people ready for employment, this model gives people work to get them ready*. By way of illustration, within the suite services that I co-developed, an active drug user could attend a job meeting, work a 4-hour shift distributing clean needles through the needle exchange and receive payment, in cash, the same day. The social enterprises also provided a opportunities for people to grow into supervisory roles where they could take on more responsibilities, receive higher remuneration and be paid by cheque or direct deposit. A more detailed description of the nuances of social enterprise and

the range of low-threshold employment is forthcoming (Small et al, forthcoming).

Simplification of Outcome:

The outcome is to simply engage individuals with multiple healthcare and social barriers, that have had virtually no work experience, in employment activity.

Part of simplification involves avoiding complication. In this instance, the program is narrowly defined in order to avoid ineffective attempts at insisting that participants become independently employed in the wider marketplace as a condition for success (although this may be a secondary goal or aspiration).

Underlying Cultural Purpose:

On its most basic level, work provides an opportunity for people to earn income needed for the basic necessities of life. However, beyond this, being able to work and contribute to the wider community is a symbolic representation of membership in society. Work, then, is more than work. It is a psychosocial experience that validates the membership of people in society (personhood).

Case Study Five: Healthcare

Identification of Barrier:

It became clear from my work in the DTES, and the community based survey described above, that people with multiple needs were often excluded from healthcare. The chaos in their lives simply did not allow them to attend higher threshold medical clinics where they were required to attend

for appointments in waiting rooms or completely follow to the letter the instructions of a physician. Further, many did not have medical identification (the documentation required to receive public healthcare Canada: care cards).

A vignette will be helpful here. A friend of mine worked as a physician in the DTES. He began with expectations that patients should attend his clinic, show up on time for appointments and follow his medical advice. In actuality, most people were at the very edge of survival and therefore missed appointments. To add insult to injury, they were not always medically compliant (they didn't follow his advice). He became frustrated and would eventually essentially fire his patients from the practice for non-compliance and the conclusion that he was unable to set up a therapeutic relationship. As a result, he had fewer and fewer patients attend his office based practice. The reality is that they could not meet the threshold of his expectations for medical treatment. In time, he realized that he needed a more flexible approach which fit his medical treatment to the realities of the patients' lives rather than trying to compel the patients to fit to his expected notions of acceptable medical interactions.

Innovation to Remove Barrier: The innovation for medical care took two forms. Firstly, rather than expecting people with multiple barriers (e.g. mental illness, active addiction, street involvement) to come to medical clinics and spend time in waiting rooms, we brought the physician to them. Nostalgically, this was like a return to yesteryear when physicians made house calls. Essentially, we put a clinic inside a single room occupancy

hotel where patients could open the door of their room, walk down the hallway, and see the doctor in what amounted to the living room of their home. This innovation required that the physician be willing to work in a less glorious clinic. For example, these clinics were often squeezed into small areas, such as supply rooms or staff offices, due to the limited availability of space. They didn't have medical office assistants, staff lunch rooms and private offices.

The second innovation is closely tied to the medical outcomes themselves. Rather than expecting patients to reach the goals set by physicians, the physicians practicing in this area needed to develop more nuanced ways of measuring success. By way of illustration, if a long term injectable cocaine user visited the physician for treatment of a broken wrist from a violent altercation related to drugs, clinicians would often want to move beyond the treatment of the wrist to address the underlying addiction that they saw as the ultimate cause. When the patient was not compliant in seeking detox or addiction treatment, the physician would assess the intervention to be unsuccessful. In contrast, when outcomes are more focused on an immediate concern (such as the treatment of the wrist), then clear successes can be seen without being lost in the physician's long-term treatment aspirations. Furthermore, if the outcomes are looked at in the long-run, across a number of years, then the treatment of the wrist in this hypothetical case can be seen as a long-term investment in a patient and therapeutic relationship. In that instance, even the most basic medical service can be seen as efficacious.

Simplification of Outcome:

The simplified outcome for medical services is to simply provide primary care for a group of people that were not connected to the healthcare system in any way. That is to say, it is already a positive outcome when a person that has never had a family physician is standing in the doorway of the healthcare system. The fact that they have a primary care physician is itself a successful intervention. In actual examples, we were able to go from a situation where a group of 100 marginalized tenants in a dilapidated hotel had no primary care whatsoever (despite astounding healthcare needs) to every single one of them having a family physician. As the therapeutic relationships forged by this model unfolded into the future, they became medical investments in the lives of people that would otherwise be completely disconnected from the healthcare system altogether. Without this connection, many would simply die of completely treatable healthcare conditions knee deep in the sorrow of an old hotel room.

Underlying Cultural Purpose:

The cultural purpose of medical treatment is quite simply to validate the personhood of individuals with multiple barriers to their healthcare and social tenure by virtue of connecting them to medical services that people in the wider society take for granted.

Case Study Six: Community Dental Clinic*Identification of Barrier:*

There are two main barriers to dentistry for low income

and marginalized people. The first is money. As dentistry is a business that has no government investment whatsoever, people without adequate money simply can't afford to purchase this service. The second barrier is marginalization itself and the reality that mainstream dentists in the 1990's did not want to provide services to people with multiple barriers including homelessness, mental illness, HIV and active drug use.

Innovation to Remove Barrier:

This innovation required the creation of a purpose built free dental clinic for people with multiple barriers to their community tenure. The free component of the innovation was accomplished through a seed operating grant and a subsequent one-time only government donation that was invested in an endowment at the University of British Columbia. The interest from the endowment was used to supplement the salaries of two dentists dedicated to working with this hard to reach population.

Simplification of Outcome:

The outcome in this program was to reach a group that had been previously unreached with dental services. There was a need to reconsider the traditional outcomes of a dentistry program. The program maintained statistics for the local health authority (who provided a grant to serve low-income clients that had previously made use a government clinic that had been closed). The statistics indicated that the DTES clinic was leaving more dental chairs empty than the norm within other dental clinics. This created a problem for the local health authority that provided some partial funding due to the fact that the cost

of services, using their business informed procurement model, seemed higher. The logic that I used to account for these vacancies was that the DTES clinic intentionally took risks with more challenging to reach patients and that the empty chairs were an indicator of that enhanced flexibility.

In traditional dental businesses, empty chairs represent lost income and unnecessary expenses. Mainstream clinics go to considerable effort to ensure that the chairs are filled (e.g. contacting to remind patients in advance). Patients that don't show up for appointments are penalized (charged fees for missed appointments, no longer served). In the clinic designed for people that were disconnected from services and the community (e.g. the homeless, street involved, mentally ill, survival sex trade workers), hard to reach patients were not penalized for not making an appointment. Increased levels of chair vacancy were expected and planned for in order to allow the dental team to take more risks necessary to reach their ultimate aim to reach the most challenging patients. These individuals had difficulty making appointments by virtue of their woundedness (e.g. active addiction) and the related chaos in their lives. That is to say, the logic was that it was costlier to deliver service to a high-need target group than a more mainstream population. In this instance, the health authority couldn't use a straightforward one-to-one comparison model in their procurement process.

Underlying Cultural Purpose:

In the initial stages of the clinic's operation, two dental students from the local university refused to treat patients that

were HIV positive. This event created a learning opportunity for the two students involved and illustrated the need for a purpose-designed community program where dentistry students could learn to work with people with multiple healthcare obstacles. The contribution of this innovation had an ongoing effect in that all dentists trained at UBC (the only educational institution with a dentistry school) were required to complete training at the DTES dental clinic. In contemporary Canadian society where aesthetic appearance is valued, a healthy bright smile is culturally valued. People with poor teeth are stigmatized (e.g. it is not easy to get a job at a coffee shop with poor or missing teeth). The cultural purpose of this program was to validate the humanity of marginalized individuals and, when possible, give them a smile like a sunrise. This increased the self-esteem and engagement of marginalized individuals with the wider community.

Case Study Seven: Combating Financial Exclusion

Identification of Barrier:

There are two barriers that contribute to financial exclusion. The first barrier to banking for the most vulnerable is they are not typically welcome in mainstream banking settings. By way of illustration, when a small community bank serving the low-income community in the DTES was scheduled for closure, I was called to a meeting with representatives from several banks in the area. The first question asked was: "what are you going to do about the closure? Are we going to suddenly be flooded

with these clients?” The sad reality is that if a mentally ill person with dirty clothes and eccentric behavior entered a mainstream bank, then they would immediately become a target of concern and likely face an intervention from the bank’s security guard with the goal of ejecting them from the building. The second barrier is the fact that many of the most vulnerable do not have acceptable government issued identification. In the chaos of their lives, these items have been lost or never gained.

Innovation to Remove Barrier:

The innovation here took two forms. Firstly, we partnered with a financial institution (Vancity) to create a community bank with the express purpose of serving the most wounded in the community including the homeless, addicted and mentally ill. The partnership was sketched out with the CEO of Vancity on a napkin in coffee shop. Essentially, the banking institution would provide cash flow and financial oversight while we would provide mental workers as tellers. The second innovation was the provision of identification through the DURC that would then be accepted at the banking institution that we operated. The issue of lack of identification was also addressed by the fact that the mental health workers employed in the credit union knew almost the entire customer base from the community as they had served in other realms (e.g. they were social housing tenants, employed in social enterprises, participants in the supervised injection facility).

Simplification of Outcome:

The outcome here was to provide people with a bank

account. It was not to superimpose professionalized program targets such as budget counselling or to insist upon a plan for financially independent (although these might be aspirations); it was simply to provide them with a bank account.

Underlying Cultural Purpose:

The underlying cultural purpose of this initiative was to combat financial exclusion. Having a bank account is a key indicator of membership in the wider society.

Case Study Eight: Intravenous Antibiotic Program

Identification of Barrier:

People that inject illicit drugs are prone to serious infections that require long-term intravenous antibiotic treatment. By the time they enter the hospital, the infections have reached a life-threatening level and existed for months or years. If this target group is able to be admitted, then they often end up leaving the hospital “against medical advice” (AMA) before their treatment regime is complete. They are typically deemed AMA for one of two reasons. Firstly, they leave the hospital ward to return to the community without medical permission and are therefore deemed AMA. Secondly, they bring the chaos of the streets (e.g. active drug use) into the hospital setting and are asked to leave due to non-compliance with hospital rules. This results in high costs to the medical system and a significant healthcare concern that the population does not complete life-saving intravenous antibiotic treatment. In light of these factors, the retention level

for this target group in intravenous antibiotic treatment was extremely low.

Innovation to Remove Barrier:

The innovation here was quite controversial at the time. If distilled down to its most basic level the barrier for the target group, injection drug users, to receiving long-term treatment in a hospital setting was the fact that they had to leave to obtain and use drugs. If a clinical program providing intravenous antibiotic treatment were to allow them to come and go so that they could use drugs, then presumably they would be willing to stay for treatment. I was asked by the local health authority to urgently (in 3 weeks) set up an antibiotic treatment unit in a hotel we operated in the DTES. My co-director and I set the program up according to schedule and recruited staff that were comfortable with the target population. The key innovation: patients could leave to obtain illicit drugs and go use the supervised injection facility. They could then return and continue their residentially based intravenous antibiotic treatment.

This innovation initially received significant resistance from some clinicians, particularly addiction physicians, because they thought that the approach “enabled addiction.” This group of vocal advocates for addiction treatment initially blocked a large number of referrals to the program (approximately half). Their rationale was two-fold: the vulnerable group should not go into the drug addled DTES and that the primary treatment should be for addiction. In other words, the logic of these well-intentioned clinicians was that the underlying root cause of the infection was

addiction, so the presentation of an active addict at the emergency ward for treatment of an infection represented an opportunity to compel them to receive treatment for the underlying cause of the program (which they defined as addiction).

While physician internists identified the main medical issue for treatment as an infection, they would also provide a referral for a patient with addictions to an addiction physician as part of the overall medical interaction. The addiction specialists would then focus on the addiction. In some instances, this occurred, ironically, at the expense of the patient’s health in that many of them just simply left the hospital AMA without either addiction or antibiotic treatment. The innovation truly required a turning of the lens around onto the clinicians and the narrative plots that were superimposed onto the patient interaction. This was required to determine the primary goal of the medical interaction: treatment of addiction or treatment of infection (in instances where it couldn’t be both because the patient refused addiction treatment but wanted the antibiotic treatment)?

The innovation put in place was therefore partly within clinical culture in that the primary medical goal became the treatment of the infection as a first order with the addiction treatment taking a secondary role. The addiction, while a factor, was secondary in terms of immediate clinical concerns for patients facing life-threatening infections.

Quite simply, people were presenting at the hospital for the treatment of infection, not for the treatment of addiction. If they didn’t want to receive addiction treatment as part of their antibiotic treatment, then this was, presumably, their choice.

They should be able to be referred to a program that allowed for their antibiotic treatment while they carried on with their addiction. It was problematic to block their referrals of people for treatment they needed because of the needs of physicians to treatment them for something else.

In analogy, if a person presents with a damaged leg for treatment after engaging in extreme sports, the clinician could not withhold treatment until the individual gave up dangerous activities. They would treat the presenting condition as a matter of priority. This was not, however, the case with addiction, and required a cultural shift in understanding the initial way forward in treating underlying infections for this population.

In fact, the treatment of the infection would provide an opportunity in the future for potential addiction treatment in that the patient would be kept alive for that possibility. This innovation created a massive cultural fissure in the clinical community at the time but it was, at its root, a professional, rather than a patient, obstacle. It was culture; not medicine.

Simplification of Outcome:

The main outcome here was the retention in treatment. The program either worked to increase the number of people receiving full antibiotic treatment or it did not. In the end, it was wildly successful and had dramatically higher retention rates than the hospital setting. All this to say that by virtue of allowing drug users to leave the facility in order to use drugs led to much higher outcomes in terms of treatment retention and cure of infection.

Underlying Cultural Purpose: The cultural purpose here was to facilitate a more focused view of the purpose of a medical interaction that is determined by the patient rather than the physician's needs. If a patient comes for an infection, then they should be treated for their underlying infection in a way that works within the context of their actual lived experience (which in this case involves injection drug use).

Case Study Nine: Supervised Injection Facility

By this time, it should be clear that all of the aforementioned programs were aimed at reaching people with multiple barriers including active addictions who were otherwise not reached by conventional services. On the one hand, some might argue that this group was very hard to reach, hard to treat, hard to house, hard to bank, hard to employ and hard to support. The target it group, itself, was difficult. However, in contrast, I argue, that is not so much the target group that is "difficult" but the system itself. Our conventional systems are high threshold. They put in place barriers that make it difficult for people, especially those with massive challenges in their daily lives, to overcome.

Therefore, the solution is not so much in understanding the difficult to reach, but rather in understanding the difficulties in our systems that make them hard to access. The final case study from my work that I will draw upon is the most famous. It is also one of the most controversial pieces of cultural real estate in North America: Vancouver's supervised injection facility (Insite).

I have described its history, development and fundamental tenets elsewhere (Small, et al. 2006a; Small 2004a; Small 2005a; Small 2005b; Small 2007; Small 2008a; Small 2008b; Small 2010; Small 2012; Small 2016) so what follows is only a short description to serve the conceptual analysis laid out in this paper.

Identification of the Barrier:

The barrier for injection drug use is the risk of death due to fatal overdose or deadly infection (HIV). Given that self-administered injectable drugs are normally highly illegal, people use typically them in unsupervised conditions which result in fatal overdoses and serious infections.

Innovation:

The innovation here is perhaps the simplest of those described: to supervise people while they are injecting illicit substances so that medical intervention for overdose can be administered if required. The intervention is quite simple: the contacting of emergency services, ABC's of CPR, clearing of airway, administration of oxygen and narcan as required (to reverse an opiate overdose). The fact that needles cannot be shared means that hundreds of thousands of injections in the facility each year are safer in terms of the spread of HIV/HCV.

Simplification of Outcome:

There are 3 main objectives of Insite. First, the initiative attempts reach a target group that are not reached elsewhere (active injection drug users) so they can stand in the doorway of healthcare. Second, the aim of the program is to prevent fatal overdoses in those people that use the program. Thirdly, the goal

of Insite is to curb the spread of infectious diseases like HIV and HCV by preventing the use of unclean needles. In this program, there are also secondary outcomes that include: referring people to detox/treatment and preventing skin infections.

Underlying Cultural Purpose:

The goal of Insite is to validate the personhood of people living with addictions. It highlights the cultural value that people do not deserve to die because they have addictions. They are someone's daughter, son, mother or father and part of the human family.

Possible Conclusions: Moving from Zones of Abandonment to Zones of Acceptance

All of the programmatic initiatives described above have taken place against the backdrop of a larger cultural goal: the creation of zones of acceptance. Each of the case studies above have much more elaborate stories about their inception, operation and, in some cases, fate. Likewise, there are many more such programs and interventions upon which I could draw but I think these ones are fairly representative. This approach is, in reality, not confined to the establishment of programs but really extends into the day-to-day, dynamic ways, that effective services are operated (and lived). In choosing the ones shared above, I have only been able to offer a kind of impressionistic sense of them here for the purpose of describing a cultural model. The zones of acceptance that I have worked to create are a humanistic corollary to the creation of areas of abandonment. Their purpose was and

is to welcome an astonishingly marginalized people (e.g. crack smokers, IDUs, the homeless, mentally ill, survival sex trade workers) into the human family. This, more than anything else, is a deeply cultural undertaking.

This paper has drawn on work over a 20-year period. The creation of cultural zones of acceptance is predicated on the idea that contemporary social problems such as illicit drug use exist at the centre of busy cultural intersections. These intersections of culture create barriers to the implementation of effective healthcare, housing and support services by focusing on the intrinsic problems of the wounded target group that they seek to reach. Designing programs to reach previously “unreachable” target groups with effective services requires a rival examination of the barriers created by services themselves. I hope I’ve been successful in presenting a case for reflexive analysis of the services we, as professionals, design and provide.

Here the analysis is not on how people seeking services have failed to access services but how services have failed to reach them. This is a form of cultural reflexivity where we look at ourselves, rather than the people we serve, and the barriers that we create in the system. According to this approach, if an initiative or program was considered “N” within a metaphoric equation, then there is always in actuality, a cultural epiphenomenon, $N + 1$, where the 1 represents the “us”. The us is comprised of rules, policies, values and morality, professional practice and the structures these variables populate and inform. The creation of cultural zones of acceptance requires a cultural accounting

of these variables that are otherwise often hidden in to create successful interventions. The innovations I’ve described are designed to remove the barriers to healthcare, housing and effective supports that professionals and members of the wider public have created.

And now, I want to end this paper with a realization that has haunted me for all the years that I worked to create innovations, initiatives and programs that worked for people with active addictions and other barriers to their psychosocial tenure. This paper and the examples that it has described leaves us, in my view, with a key ethical question: why have I had to do this work at all? Why was this collection of services and the programmatic themes that connect them necessary?

Throughout my work over a two-decade period, I was part of creating a range of services, within cultural zones of acceptance, for people that had been excluded within the wider society. These programs included: a resource centre for drug users that were excluded from mainstream community centres, a grocery store for the most marginalized, an inner-city bank for people that are largely unwelcome in conventional financial institutions, an intravenous antibiotic program for active addicts, employment programs drug users, housing for the hardest to house, low threshold needle exchange services, treatment for the hard to treat that have difficulty accessing traditional healthcare and a dental clinic for those unable to access mainstream dental care. In addition to these programs, I also helped create a range of ancillary programs including a coffee shop, laundry and art

gallery for marginalized members of the community. The supervised injection facility, arguably the most controversial of these initiatives, was connected to this vision for alternative services for a group dramatically failed by the wider system.

The cultural zones of acceptance necessary for the design of all of these programs existed created a kind of parallel universe, a rival system of low-threshold services that existed concurrently alongside the conventional system of healthcare, housing and service. The ethical question that has haunted me, then, is why? Is it actually ethical as a society, in the long-run, to create a parallel place of cultural acceptance? Or, rather, shouldn't this be part of larger cultural undertaking, an action plan, to reshape the wider culture, the one comprised of everyone, of you and I, so that the most wounded, those that we have transformed into social lepers, are welcome? I will end this paper with this question then: why is it necessary to create a parallel system with isolated zones of acceptance rather than embark on a larger cultural enterprise that aims to welcome drug users, and indeed everyone, anywhere and everywhere as members of our human family?

A Islândia sabe como impedir o uso abusivo de drogas por adolescentes, mas o resto do mundo não quer escutar

Autor

Emma Young

Jornalista científica britânica recebedora de diversos prêmios internacionais, cujo trabalho frequenta jornais, revistas e web sites em todo o mundo. Email: <https://emmayoung.net/>

Sumário

Há vinte anos, os adolescentes islandeses estavam entre os jovens que mais bebiam na Europa. Hoje, a Islândia os adolescentes islandeses estão entre os que menos consomem drogas. A percentagem de jovens de 15 e 16 anos que tinham bebido no mês anterior caiu de 42 por cento em 1998 para 5 por cento em 2016. A percentagem de pessoas que já consumiram cannabis diminuiu de 17 por cento para 7 por cento. Aqueles que fumam cigarros todos os dias caíram de 23% para apenas 3%.

A forma como o país alcançou essa reviravolta tem sido radical e baseada em evidências, mas se baseou muito no que poderia ser denominado em senso comum.

Se fosse adotado em outros países, o modelo islandês poderia, em teoria, beneficiar o bem-estar psicológico e físico geral de milhões de crianças, sem mencionar os cofres das agências de saúde e a sociedade em geral.

Palavras chaves

Islândia, drogas, esporte, adolescentes.

A Islândia sabe como impedir o uso abusivo de drogas por adolescentes, mas o resto do mundo não quer escutar

Emma Young

É um pouco antes das três em uma tarde ensolarada de sexta-feira e o Parque Laugardalur, perto do centro de Reykjavik, parece praticamente deserto. Há um adulto ocasional com um carrinho de bebê, mas o parque está cercado por prédios de apartamentos e casas, e as escolas estão fechadas, então, onde estão as crianças?

Caminhando comigo estão Gudberg Jónsson, um psicólogo local, e Harvey Milkman, um professor americano de psicologia que leciona durante parte do ano na Universidade de Reykjavik. Há vinte anos, diz Gudberg, os adolescentes islandeses estavam entre os jovens que mais bebiam na Europa. “*Você não podia andar pelas ruas do centro de Reykjavik em uma noite de sexta-feira porque não parecia seguro*”, acrescenta Milkman. “*Havia hordas de adolescentes se embebedando a vista de todos.*”

“*Eu estava no olho da tempestade da revolução das drogas*”, explica Milkman durante o chá em seu apartamento em Reykjavik. No início dos anos 1970, quando ele estava fazendo um estágio no Hospital Psiquiátrico Bellevue, em Nova York, “*o LSD já era usado e muitas pessoas fumavam maconha e havia muito interesse em saber por que as pessoas usavam certas drogas*”.

A dissertação de doutorado de Milkman concluiu que as pessoas escolhiam heroína ou anfetaminas dependendo de como gostavam de lidar com o estresse. Os usuários de heroína queriam se anestesiarem; os usuários de anfetamina queriam confrontá-lo ativamente. Depois que sua tese de doutorado foi publicada, ele passou a compor um grupo de pesquisadores do Instituto Nacional dos EUA sobre uso abusivo de drogas que buscava a resposta para as perguntas como: por que as pessoas começam a usar drogas? Por que eles continuam? Quando eles atingem um limite para o uso abusivo de drogas? Quando eles param? E quando eles recaem?

“Qualquer estudante de faculdade poderia responder a pergunta: por que alguém começa a usar drogas? Bem, há disponibilidade, eles gostam de viverem situações de risco, da alienação ou talvez estimulados pela depressão”, responderiam. “Mas por que eles continuam? Então eu cheguei à pergunta sobre o limite para o uso abusivo e as luzes se acenderam - foi quando eu tive a minha versão da experiência ‘aha’: eles poderiam estar no limiar do uso abusivo antes mesmo de se identificar.

Na Metropolitan State College de Denver, Milkman participou do desenvolvimento da ideia de que as pessoas estavam se viciando em mudanças na química do cérebro. As crianças que são permanentemente estimuladas em desafios da vida ou por meio de drogas estimulantes. O álcool, por exemplo, altera a química do cérebro. É um sedativo, mas aumenta o controle do cérebro primeiro, podendo remover inibições e, em doses limitadas, reduzir a ansiedade.

“As pessoas podem ficar viciadas em bebida, carros, dinheiro, sexo, calorias, cocaína - o que quer que seja”, diz Milkman. “A ideia de dependência comportamental tornou-se nossa marca registrada”.

Essa ideia gerou outra: “Por que não orquestrar um movimento social em torno de pessoas que se elevam em sua química cerebral - porque parece óbvio para mim que as pessoas querem mudar sua consciência - sem os efeitos deletérios das drogas?”

Em 1992, sua equipe em Denver havia recebido uma doação de US\$ 1,2 milhão do governo para formar o Projeto Self-Discovery, que oferecia aos adolescentes alternativas altamente naturais às drogas e ao crime. Eles receberam referências de professores, enfermeiras escolares e conselheiros, recebendo crianças de 14 anos que não se viam como precisando de tratamento, mas que tinham problemas com drogas ou pequenos crimes.

“Nós não dissemos a eles, você está vindo para o tratamento. Nós dissemos, vamos ensinar-lhe qualquer coisa que você queira aprender: música, dança, hip hop, arte, artes marciais.” A ideia era que essas diferentes classes poderiam fornecer uma variedade de alterações na química cerebral das crianças e dar-lhes o que eles precisavam para lidar melhor com a vida: alguns poderiam ter uma experiência que poderia ajudar a reduzir a ansiedade, outros podem estar com pressa.

Ao mesmo tempo, os recrutas receberam treinamento de habilidades de vida, que se concentrou em melhorar seus pensamentos sobre si mesmos e suas vidas e a maneira como interagiam com outras pessoas. “O princípio central era que a

educação sobre drogas não funciona porque ninguém presta atenção a isso. O que é necessário são as habilidades da vida para agir com base nessas informações”, diz Milkman. As crianças foram informadas de que era um programa de três meses. Alguns ficaram cinco anos.

Em 1991, Milkman foi convidado pela Islândia para falar sobre este trabalho, suas descobertas e idéias. Tornou-se consultor do primeiro centro residencial de tratamento de drogas para adolescentes na Islândia, em uma cidade chamada Tindar. *“Ele foi projetado em torno da idéia de dar às crianças coisas melhores para fazer”*, explica ele. Foi aqui que ele conheceu Gudberg, que era então um graduado em psicologia e um voluntário em Tindar. Eles têm sido amigos íntimos desde então.

Milkman começou a vir regularmente para a Islândia e dar palestras. Essas palestras, e Tindar, atraíram a atenção de um jovem pesquisador da Universidade da Islândia, chamado Inga Dóra Sigfúsdóttir. Ela se perguntou: E se você pudesse usar alternativas saudáveis às drogas e ao álcool como parte de um programa para não tratar crianças com problemas, mas para prevenir o uso de drogas?

Poucos minutos antes, passamos por duas salas dedicadas ao badminton e ao pingue-pongue. Aqui no parque, há também uma pista de atletismo, uma piscina geotermalmente aquecida e - finalmente - algumas crianças visíveis, jogando futebol em um campo artificial.

Os jovens não estão no parque agora, explica Gudberg, porque estão praticando algo nessas instalações ou em clubes

de música, dança ou arte. Ou eles podem estar em passeios com seus pais.

Hoje, a Islândia lidera o ranking europeu de adolescentes que não usam drogas. A percentagem de jovens de 15 e 16 anos que tinham bebido no mês anterior caiu de 42 por cento em 1998 para 5 por cento em 2016. A percentagem de pessoas que já consumiram maconha diminuiu de 17 por cento para 7 por cento. Aqueles que fumam cigarros todos os dias caíram de 23% para apenas 3%.

A forma como o país produziu essa reviravolta tem sido radical, mas se baseou muito no que poderia ser denominado senso comum forçado. *“Este é o estudo mais intenso e profundo do estresse na vida dos adolescentes que eu já vi”*, diz Milkman. *“Estou muito impressionado com o quão bem está funcionando.”*

Se fosse adotado em outros países, argumenta Milkman, o modelo islandês poderia beneficiar o bem-estar psicológico e físico geral de milhões de crianças, sem mencionar os cofres públicos de saúde e a sociedade em geral. É uma grande conquista.

“Você já experimentou álcool? Se sim, quando você tomou um drinque pela última vez? você já ficou bêbada? Você já experimentou cigarros? Se sim, com que frequência você fuma? Quanto tempo você gasta com seus pais? Você tem um relacionamento próximo com seus pais? Em que tipo de atividades você participa?”

Em 1992, jovens de 14, 15 e 16 anos de idade em todas as escolas da Islândia preencheram um questionário com esses tipos de perguntas. Este processo foi então repetido em 1995 e 1997.

Os resultados dessas pesquisas foram alarmantes. A nível nacional, quase 25% fumavam todos os dias, mais de 40% tinham bebido no último mês. Mas quando a equipe detalhou os dados, eles puderam identificar precisamente quais escolas tinham os piores problemas - e quais tinham menos. A análise deles revelou diferenças claras entre as vidas de crianças que começaram a beber, fumar e outras drogas, e aquelas que não consumiram. Alguns fatores emergiram como fortemente protetores: participação em atividades organizadas - especialmente esporte - três ou quatro vezes por semana, tempo total gasto com os pais durante a semana, sentimento de cuidado na escola e não estar nas ruas no final da noite.

“Naquela época, havia todos os tipos de esforços e programas de prevenção de substâncias”, diz Inga Dóra, que era assistente de pesquisa nas pesquisas. “Na maioria deles foram construídos por educadores.” As crianças estavam sendo alertadas sobre os perigos da bebida e das drogas, mas, como Milkman havia observado nos EUA, esses programas não estavam funcionando. *“Queríamos chegar a uma abordagem diferente”.*

O prefeito de Reykjavik também estava interessado em tentar algo novo, e muitos pais sentiram o mesmo, acrescenta Jón Sigfússon, colega e irmão de Inga Dóra. Jón tinha filhas jovens na época e se juntou a seu novo Centro Islandês de Pesquisa e Análise Social, quando foi criado em 1999. “A situação era ruim”, diz ele. “Era óbvio que algo precisava ser feito”.

Usando os dados da pesquisa e com o trabalho de Milkman, um novo plano nacional foi gradualmente introduzido. Foi chamado *“Juventude na Islândia”*.

Leis foram alteradas. Tornou-se ilegal comprar tabaco com menos de 18 anos e álcool com menos de 20 anos, e a propaganda de tabaco e álcool foi proibida. Os laços entre os pais e a escola foram reforçados através de organizações parentais que, por lei, tinham de ser estabelecidas em todas as escolas, juntamente com conselhos escolares com representantes dos pais. Os pais foram encorajados a participar de palestras sobre a importância de passar um tempo com seus filhos em vez de “tempo de qualidade” ocasional, conversar com seus filhos sobre suas vidas, saber de quem seus filhos eram amigos e a manter seus filhos em casa à noite.

Foi aprovada uma lei que proíbe a chegada em casa de crianças entre 13 e 16 anos depois das 22h no inverno e meia-noite no verão, em vigor até os dias de hoje.

Home and School, o órgão nacional responsável pelas organizações parentais, estabeleceu acordos para os pais assinarem. O conteúdo varia de acordo com a faixa etária e as organizações individuais e eles podem decidir o que desejam incluir. Para crianças com 13 anos ou mais, os pais podem se comprometer a seguir todas as recomendações, e também, por exemplo, não permitir que seus filhos participem de festas não supervisionadas, não comprar álcool para menores e ficar de olho no bem-estar de outras crianças.

Esses acordos educam os pais, mas também ajudam a fortalecer sua autoridade no lar, argumenta Hrefna Sigurjónsdóttir, diretora da organização Lar e Escola. “Então fica mais difícil os filhos usarem o antigo argumento: ‘Mas todo mundo pode!’”

O financiamento estatal foi aumentado para organização de espaços dedicados ao esporte, música, arte, dança e outras mais, para dar às crianças formas alternativas de se sentirem parte de um grupo independente da renda familiar. Em Reykjavik, por exemplo, onde vive mais de um terço da população do país, um Cartão de Lazer dá às famílias 35.000 coroas (£ 250) por ano, por criança, para pagar por atividades recreativas.

Crucialmente, as pesquisas continuaram. Todos os anos é feita uma nova pesquisa com as crianças da Islândia. Isso significa que dados confiáveis e atualizados estão sempre disponíveis.

Entre 1997 e 2012, o percentual de crianças entre 15 e 16 anos que costumavam passar um tempo com seus pais duplicou - de 23% para 46% - e a porcentagem que participou de esportes organizados pelo menos quatro vezes na semana aumentou de 24% para 42%. Enquanto isso, fumar cigarro, beber e usar maconha nessa faixa etária despencou.

“Embora isso não possa ser mostrado na forma de relação direta de causa e efeito - que é um bom motivo pelo qual os métodos de prevenção primária são difíceis de terem o de acordo dos cientistas - a tendência é muito clara”, observa Álfgeir Kristjánsson, que trabalhou nos dados e está agora na Escola de Saúde Pública da Universidade de West Virginia, nos EUA. “Os fatores de proteção aumentaram, os fatores de risco diminuíram e o uso de substâncias diminuiu - e de forma mais consistente na Islândia do que em qualquer outro país europeu”.



© Dave Imms

Jón Sigfússon pede desculpas por estar alguns minutos atrasado. “Eu estava em crise!” Ele prefere não dizer exatamente para onde, mas foi para uma das cidades do mundo que adotou, em parte, as idéias da Juventude na Islândia.

A Juventude na Europa, liderada por Jón, é um movimento que começou em 2006, depois que os dados islandeses já marcantes foram apresentados em uma reunião europeia do *Cities Against Drugs* e, ele se lembra, “As pessoas perguntaram: o que você está fazendo?”

A participação na Juventude na Europa é a nível municipal, em vez de ser liderada por governos nacionais. No primeiro ano, havia oito municípios. Até o momento, 35 cidades participaram de 17 países, variando de algumas regiões onde apenas algumas escolas participam (como de Tarragona, na Espanha, onde 4.200 jovens de 15 anos de idade estão

envolvidos). O método é sempre o mesmo: Jón e sua equipe conversam com autoridades locais e elaboram um questionário com as mesmas questões centrais que as usadas na Islândia, além de quaisquer extras feitos localmente. Por exemplo, o jogo online emergiu recentemente como um grande problema em algumas áreas e as autoridades locais querem saber se ele está ligado a outro comportamento de risco.

Apenas dois meses após os questionários serem devolvidos à Islândia, a equipe envia de volta um relatório inicial com os resultados, além de informações sobre como eles se comparam com outras regiões participantes. “Sempre dizemos que, como os legumes, a informação precisa ser nova”, diz Jón. “Se você trouxer essas descobertas um ano depois, as pessoas dirão, Oh, isso foi há muito tempo e talvez as coisas tenham mudado...” Além de fresco, tem que ser local para que escolas, pais e funcionários possam ver exatamente quais problemas existem em quais áreas.

A equipe analisou 99.000 questionários de lugares tão distantes como as Ilhas Faroe, Malta e Romênia - bem como a Coreia do Sul e, muito recentemente, Nairobi e Guiné-Bissau. De maneira geral, os resultados mostram que, quando se trata do uso de substâncias por adolescentes, os mesmos fatores de proteção e de risco identificados na Islândia se aplicam em todos os lugares. Existem algumas diferenças: em um local (em um país “no Mar Báltico”), a participação no esporte organizado na verdade emergiu como um fator de risco. Investigações posteriores revelaram que isso acontecia porque jovens ex-militares interessados em drogas fisioterápicas (para conquista

de músculos mais rápido) estavam a frente dos onde os esportes eram praticados. Aqui, então, havia um problema local bem definido, imediato, que deveria ser resolvido.

Enquanto Jón e sua equipe oferecem conselhos e informações sobre o que foi encontrado nas pesquisas e o que fazer na Islândia, cabe às comunidades locais decidir o que fazer à luz de seus resultados. Ocasionalmente, eles não fazem nada. Um país predominantemente muçulmano, que preferimos não identificar, rejeitou os dados porque revelou um nível muito alto de consumo de álcool. Em outras cidades - como a origem do “chamado da crise” de Jón - há uma abertura para os dados e há dinheiro, mas ele observou que pode ser muito mais difícil garantir e manter fundos para estratégias de prevenção de saúde do que para tratamentos.

Nenhum outro país fez alterações na escala vista na Islândia. Quando perguntado se alguém copiou as leis para manter as crianças dentro de casa à noite, Jón sorri. “Até a Suécia ri e chama de toque de recolher infantil!”



© Dave Imms

Em toda a Europa, as taxas de uso de álcool e drogas entre adolescentes geralmente melhoraram nos últimos 20 anos, embora em nenhum lugar esse melhora tenha sido tão grande quanto na Islândia e as razões para melhorias não estão necessariamente ligadas a estratégias que promovam o bem-estar dos adolescentes. No Reino Unido, por exemplo, o fato de os adolescentes passarem mais tempo em casa interagindo online, e não pessoalmente, poderia ser uma das principais razões para a queda no consumo de álcool.

Mas Kaunas, na Lituânia, é um exemplo do que pode acontecer por meio da intervenção ativa. Desde 2006, a cidade administrou os questionários cinco vezes, e escolas, pais, organizações de saúde, igrejas, polícia e serviços sociais se uniram para tentar melhorar o bem-estar das crianças e reduzir o uso de substâncias. Por exemplo, os pais recebem oito ou nove sessões de terapia gratuitas por ano e um novo programa fornece financiamento extra para instituições públicas e ONGs que trabalham na promoção da saúde mental e no gerenciamento do estresse. Em 2015, a cidade começou a oferecer atividades esportivas gratuitas às segundas, quartas e sextas-feiras, e há planos de oferecer um serviço de transporte gratuito para famílias de baixa renda, para ajudar as crianças que não moram perto das instalações.

Entre 2006 e 2014, o número de jovens entre 15 e 16 anos em Kaunas que relataram ficar bêbados nos últimos 30 dias caiu cerca de um quarto, e o consumo diário caiu mais de 30%.

No momento, a participação na Juventude na Europa é

um assunto fortuito e a equipe na Islândia é pequena. Jón gostaria de ver um corpo centralizado com o seu próprio financiamento dedicado para se concentrar na expansão da Juventude na Europa. *“Embora tenhamos feito isso por dez anos, esse não é o nosso principal trabalho. Gostaríamos que alguém copiasse isso e o mantivesse por toda a Europa”, diz ele. “E por que só a Europa?”*

Após nossa caminhada pelo Parque Laugardalur, Gudberg Jónsson nos convida a voltar para sua casa. Lá fora, no jardim, seus dois filhos mais velhos, Jón Konrád, de 21 anos, e Birgir Ísar, de 15 anos, falam comigo sobre beber e fumar. Jón bebe álcool, mas Birgir diz que não conhece ninguém em sua escola que fuma ou bebe. Também falamos de treinamento de futebol: Birgir treina cinco ou seis vezes por semana; Jón, que está em seu primeiro ano de graduação em administração de empresas na Universidade da Islândia, treina cinco vezes por semana. Ambos iniciaram o treinamento regular após a escola quando tinham seis anos de idade.

“Temos todos esses instrumentos em casa”, seu pai me disse anteriormente. “Nós tentamos colocá-los na música. Nós costumávamos ter um cavalo. Minha esposa gosta muito de andar a cavalo. Mas isso não aconteceu. No final, o futebol foi a escolha deles.”

Alguma vez se sentiu demais? Houve pressão para treinar quando eles preferiam fazer outra coisa? “Não, nós apenas nos divertimos jogando futebol”, diz Birgir. Jón acrescenta: “Nós tentamos, nos acostumamos e assim continuamos praticando⁽¹⁶⁾”.

16 Um dado que vale ser citado aqui é que a seleção de futebol da Islândia participou, pelo



© Dave Imms

Não é tudo que eles fazem. Enquanto Gudberg e sua esposa Thórunn não planejam conscientemente um certo número de horas por semana com seus três filhos, mas tentam levá-los regularmente ao cinema, ao teatro, restaurantes, caminhadas, pesca e, quando as ovelhas da Islândia são trazidas, descendo das terras altas a cada setembro, participam do pastoreio como passeios familiares.

Jón e Birgir podem ser excepcionalmente ávidos em futebol e talentosos (Jón recebeu uma bolsa de futebol para a Metropolitan State University de Denver e poucas semanas depois de nos encontrarmos, Birgir foi escolhida para jogar pela seleção sub-17.

Mas o aumento significativo na porcentagem de crianças que participam do esporte organizado quatro ou mais vezes por semana traria benefícios além de criar crianças mais saudáveis?

Poderia, por exemplo, ter alguma coisa a ver com a derrota esmagadora da Inglaterra no campeonato de futebol da Euro 2016? Quando perguntada, Inga Dóra Sigfúsdóttir, que foi eleita Mulher do Ano na Islândia em 2016, sorri: “Há também o sucesso na música, como Of Monsters and Men [um grupo indie folk-pop de Reykjavik]. São jovens que foram empurrados para o trabalho organizado. Algumas pessoas me agradeceram”, ela diz, com uma piscadela.

Em outros lugares, as cidades que se juntaram à Juventude na Europa estão relatando outros benefícios. Em Bucareste, por exemplo, a taxa de suicídios entre adolescentes está caindo junto com a de uso de bebidas e drogas. Em Kaunas, o número de crianças envolvidas com crimes caiu em um terço entre 2014 e 2015.

Como Inga Dóra diz: “Aprendemos através dos estudos que precisamos criar situações para que as crianças possam levar uma vida saudável e elas não precisem usar substâncias, porque a vida é divertida e elas têm muito o que fazer - e elas são apoiadas pelos pais que passam mais tempo com eles.”

Quando se trata disso, as mensagens - e não necessariamente os métodos - são diretas. E quando ele olha para os resultados, Harvey Milkman pensa em seu próprio país, os EUA. O modelo da Juventude na Islândia poderia trabalhar lá também?

Trezentos e vinte e cinco milhões de pessoas contra 330.000. Trinta e três mil gangues versus praticamente nenhuma. Cerca de 1,3 milhão de jovens desabrigados versus um punhado.

primeira vez, da Copa de Mundo de Futebol realizada na Rússia em 2018. Sua estréia na copa foi acompanhada por 99% da população islandesa pela televisão. (observação do tradutor)

Claramente, os EUA têm desafios que a Islândia não tem. Mas os dados de outras partes da Europa, incluindo cidades como Bucareste com grandes problemas sociais e relativa pobreza, mostram que o modelo islandês pode funcionar em culturas muito diferentes, argumenta Milkman. E a necessidade nos EUA é alta: o consumo menor de álcool é responsável por cerca de 11% de todo o álcool consumido em todo o país, e o consumo excessivo causa mais de 4.300 mortes entre menores de 21 anos a cada ano.

No entanto, é improvável que um programa nacional nos moldes da Juventude na Islândia seja introduzido nos EUA. Um grande obstáculo é que, enquanto na Islândia há um compromisso de longo prazo com o projeto nacional, os programas de saúde comunitária nos EUA geralmente são financiados por doações de curto prazo.

O Milkman aprendeu da maneira mais difícil que até mesmo os programas de jovens de padrão mundial amplamente aplaudidos nem sempre são expandidos, ou mesmo sustentados. “Com o projeto Self-Discovery, parecia que tínhamos o melhor programa do mundo”, diz ele. “Fui convidado para a Casa Branca duas vezes. Ganhou prêmios nacionais. Eu estava pensando: isso será replicado em todas as cidades e aldeias.” Mas não foi.

Ele acha que é porque não se pode prescrever um modelo genérico para todas as comunidades porque elas não têm os mesmos recursos. Qualquer movimento em direção a dar às crianças nos EUA a oportunidade de participar dos tipos de atividades agora comuns na Islândia, e assim ajudá-los a ficar longe do álcool e

outras drogas, dependerá da construção do que já existe. “*Você tem que confiar nos recursos da comunidade*”, diz ele.

Seu colega Álfgeir Kristjánsson está apresentando as idéias islandesas ao estado de West Virginia. Pesquisas estão sendo dadas a crianças em várias escolas de ensino fundamental e médio no estado, e um coordenador da comunidade ajudará a obter os resultados para os pais e qualquer pessoa que possa usá-los para ajudar as crianças locais. Mas pode ser difícil alcançar os tipos de resultados vistos na Islândia, ele admite.

A visão de curto prazo também impede estratégias eficazes de prevenção no Reino Unido, diz Michael O’Toole, CEO da Mentor, uma instituição de caridade que trabalha para reduzir o abuso de álcool e drogas em crianças e jovens. Aqui também não há um programa coordenado nacional de prevenção do álcool e drogas. Geralmente é deixado para as autoridades locais ou para as escolas, o que muitas vezes pode significar que as crianças recebem informações sobre os perigos das drogas e do álcool - uma estratégia que, ele concorda, mas a evidência mostra que não funciona.

O’Toole apoia totalmente o foco islandês em pais, escola e comunidade, todos se unindo para ajudar a apoiar as crianças, e em pais e responsáveis envolvidos na vida dos jovens. Melhorar o apoio às crianças pode ajudar de muitas maneiras, ele enfatiza. Mesmo quando se trata apenas de álcool e fumo, há uma abundância de dados para mostrar que quanto mais tarde uma criança experimentar a bebida ou cigarro, mais saudável ela fica ao longo de sua vida.



© Dave Imms

A cautela pública e a relutância em participar serão desafios onde quer que os métodos islandeses sejam propostos, pensa Milkman, e vão ao centro do equilíbrio de responsabilidade entre estados e cidadãos. “Quanto controle você quer que o governo tenha sobre o que acontece com seus filhos? O que é muito ou pouco quando se pensa na intromissão do Estado na vida privada de cada um de nós?”

Na Islândia, a relação entre as pessoas e o Estado permitiu que um programa nacional efetivo reduzisse as taxas de adolescentes que fumavam e bebiam em excesso - e, como consequência, aproximou as famílias e ajudou as crianças a se tornarem mais saudáveis. Nenhum outro país decidirá que esses benefícios valem os custos?

Patologização da infância: novas máscaras da violência⁽¹⁷⁾

Autoras

Maria Aparecida Affonso Moysés

Professora Titular de Pediatria, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); Militante do Despatologiza – Movimento pela Despatologização da Vida. E-mail: mariaaparecidamoyses@gmail.com

Cecília Azevedo Lima Collares

Professora Associada de Psicologia Educacional da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); Militante do Despatologiza – Movimento pela Despatologização da Vida. E-mail: cecilia.collares1@gmail.com

Sumário

As autoras discutem os processos de patologização da vida, apontando como a naturalização do “mundo humano” constroi o terreno necessário para a patologização, destruindo todos os direitos conquistados pela humanidade. Naturalizada a vida, está preparado o chão para a busca de normalização e homogeneização, transformando diferenças e desigualdades em problemas individuais. Problemas coletivos, de ordem política, econômica, social, são transformados em doenças inatas ao indivíduo, por meio de processos de rotulação e exclusão mascarados como se fossem processos diagnósticos, fundados em laudos que mascaram a violência perpetrada com toda a humanidade, por dispositivos que a desumanizam. Assim, patologizada, a vida é retirada de cena.

Palavras chave

Medicalização; patologização; mercantilização da vida; violência; processo diagnóstico; preconceito; estigma; exclusão

¹⁷ As autoras declaram não ter nenhum conflito de interesse, seja com Novartis, Jansen, Shire, qualquer indústria, ou qualquer outro tipo de conflito ético.

Patologização da infância: novas máscaras da violência⁽¹⁸⁾

María Aparecida Affonso Moysés

Cecília Azevedo Lima Collares

Ano 2018.

54 anos transcorridos desde o golpe militar no Brasil. Dois anos desde o golpe jurídico-midiático no Brasil.

Milhares de vida, milhões de sonhos, infinitas possibilidades, inúmeros futuros violentamente destruídos.

Nada para comemorar.

As marcas da violência estão presentes em nossas vidas, mesmo que não percebamos. A sociedade brasileira ainda nem conseguiu enfrentar e superar as formas mais explícitas e brutais de tortura e já vivemos novamente tempos sombrios. Entretanto, quando uma pessoa percebe a violência institucional que se instalou nos aparatos policiais, tende a pensar que está a salvo, por não ser diretamente atingida. Ledo engano. Além dessas formas, a violência tem assumido algumas máscaras naturalizadas, disfarçando-se para se invisibilizar.

Neste texto, trataremos especificamente da violência exercida por meio de diagnósticos e laudos médicos e psicológicos, que sustentam e realizam os processos de medicalização e patologização da vida.

¹⁸ As autoras declaram não ter nenhum conflito de interesse, seja com Novartis, Jansen, Shire, qualquer indústria, ou qualquer outro tipo de conflito ético.

Rotular, Classificar, Diagnosticar

Ao longo da história do mundo ocidental, as pessoas que não se submetem aos padrões aceitos como comportamentos normais, apresentando comportamentos distintos ou questionando tais padrões, sempre incomodaram a maioria, docilmente submetida, sendo alvo de perseguições.

Por que alguém que exibe comportamentos *acima de qualquer suspeita* é tão afetado por um outro alguém diferente, a ponto de precisar retirá-lo de seu campo de visão, e mesmo eliminá-lo? Talvez porque ver uma pessoa que não se enquadra nas normas escancare que pode ser diferente, isto é, que os padrões não são naturais, não foram e não serão sempre os mesmos.

O comportamento humano não é biologicamente determinado, mas tramado no tempo e nos espaços geográficos e sociais, histórico enfim. O ser humano é essencialmente um ser cultural; entretecido em um substrato biológico, sim, porém datado e situado, como diria Paulo Freire¹⁹.

A naturalização dos padrões de comportamento, levando à crença generalizada de que se deve agir segundo determinados moldes, é um dos elementos fundantes da submissão, do não questionamento, da docilização de corpos e mentes, tão cara e necessária à manutenção da ordem vigente, em todos os tempos.

Está pronto o terreno para afastar/eliminar os que perturbam a ordem. Só faltam os critérios, os rótulos e, mais importante, o grupo a ser investido de poder para julgar e definir punições.

¹⁹ Educador brasileiro, reconhecido mundialmente por suas propostas de Educação Popular. Atualmente, sua memória vem sendo atacada pela onda fascista que se espalha pelo Brasil.

Até o século 16, o poder advinha da religião; autoridades eclesiásticas torturavam e condenavam à morte ateus, hereges, bruxas... Com o advento da ciência moderna, esta passa a ocupar os espaços discursivos do saber e do poder, tornando-se a autoridade investida de poder para exercer as mesmas ações, agora renomeadas: identificar, avaliar, tratar, isolar.

A medicina será o campo científico a ocupar, privilegiadamente, esse espaço, passando mais e mais a legislar sobre a normalidade e a anormalidade, a definir o que é saúde e o que é doença, o que é saudável e o que não é, o que é bom e o que é ruim para a vida. E a definição do comportamento desviante, ou anormal, será feita em oposição ao modelo de homem saudável, ou homem médio, estatisticamente definido. A normalidade estatística, definida por frequências e um raciocínio probabilístico, não por acaso coincidente com a norma socialmente estabelecida, é transformada em critério de saúde e doença.

Através dessa atuação normatizadora da vida, a medicina assume, na nova ordem social que surge, um antigo papel. O controle social dos questionamentos definindo criterios para identificar a los “transgressores”.

E os critérios anteriores começam a ser substituídos por outros. Ateus, hereges, bruxas, foram substituídos por loucos, criminosos.

A medicina e a psicología tem exercido esse papel com eficácia. Como? Naturalizando a vida e todos os processos que nela acontecem. Basta recordar suas “grandes contribuições” nos anos sessenta, quando a juventude questionava a ordem

estabelecida. Nessa época, Jensen afirmou que a inteligência seria geneticamente determinada e que os negros seriam, *naturalmente*, inferiores aos brancos. Também nessa época se *provou* que a agressividade seria biologicamente determinada por disfunções cerebrais e a solução para a violência nos guetos seria a *psicocirurgia*, eufemismo para lobotomia. Do mesmo modo, se afirmava categoricamente que, por determinação genética, os homens *naturalmente* desenvolveriam melhor o raciocínio matemático e abstrato, enquanto as mulheres, *naturalmente*, desenvolveriam mais o domínio linguístico e as emoções; por conta dessas diferenças genéticas, as mulheres naturalmente teriam maiores dificuldades em carreiras que exigissem maior capacidade de abstração, explicando assim que os homens *naturalmente* se dirigissem a carreiras de engenheiro, por exemplo, enquanto as mulheres, sempre *naturalmente*, se tornariam secretárias dos engenheiros.

De início, loucos e criminosos... Trancafiados, isolados, para seu próprio bem e para o bem dos normais. Castrados para evitar que se reproduzam e se propaguem pela terra. Mortos, por condenação formal ou por *acidente*, nos interrogatórios de *avaliação*, nas prisões, nas enfermarias...

O desenvolvimento científico e tecnológico, ao mesmo tempo em que possibilita seu próprio avanço, exige complexificação e sofisticação. O campo médico se especializa. A psiquiatria e a neurologia tomarão por seu objeto de saber/poder o comportamento. A psicologia se descola da psiquiatria, porém sem romper com sua filiação paradigmática. Surgem os especialistas, agora com poder

ainda maior para definir os limites da normalidade.

Surgem novos critérios, novos nomes, novas formas de avaliação, novas formas de punição. A vigilância se sofisticada.

Cérebros disfuncionais são a causa da violência. Cérebros disléxicos, hiperativos, desatentos, questionadores e baixos QI justificam o fracasso da escola. Alterações genéticas explicam os medos de viver em meio à violência. Frustrações na infância alteram irreversivelmente circuitos neurais e, incrivelmente, provocam transtornos neuropsiquiátricos de origem genética.

A normatização da vida tem por corolário a transformação dos *problemas da vida* em doenças, em *distúrbios*. O que escapa às normas, o que não vai bem, o que não funciona como deveria... tudo é transformado em doença, em problema individual.

Afasta-se a vida, para sobre ela legislar, muitas vezes destruindo-a violenta e irreversivelmente.

A patologização é primordial na desconstrução de direitos, uma violência contra a pessoa capturada em sua teia. Ao ocultar os problemas de ordem coletiva que atingem as pessoas e atribuir a causas individuais, inatas, seus modos de agir, reagir, aprender, sentir, afetar e ser afetado, de viver, de sofrer conflitos e imposições em uma sociedade construída no discurso da igualdade porém fundada na desigualdade de fato, os processos medicalizantes constituem novas formas de violência contra as pessoas. Novos modos de vigiar, novos modos de castigar.

E os profissionais, com sua formação acrítica e a-histórica, exercem, a maioria sem se dar conta, seu papel de vigilantes da

ordem. Crentes nas promessas de neutralidade e objetividade da ciência moderna, não sabem lidar com a vida, quando se defrontam com ela. Sem disponibilidade para olhar o outro, protegem-se ancorando-se em frágeis instrumentos padronizados de avaliação.

Sem preocupação com as consequências de seu diagnóstico e laudo para a vida do outro, o profissional nem mesmo se permite perceber que a classificação não decorre do diagnóstico, e este de uma avaliação adequada, como lhe ensinaram. Os rótulos se urdem já nas primeiras impressões, no olhar preconceituoso; rótulos que classificam e embasam diagnósticos que os confirmam...

Vivemos na Era dos Trastornos

Na atualidade, os processos medicalização e patologização da vida se amplificam e sofisticam, com pretensas explicações no campo da biologia molecular, da epigenética e até da física quântica. Patologiza-se o medo de viver em cidades violentas, assim como a própria violência, desconectando-a da exclusão social e de vidas sem perspectiva, na tentativa de nos reduzir a seres estritamente constituídos por células, moléculas, genes. Células sem contexto e sem cultura. Genes atemporais, sem história e sem política.

Na busca da homogeneização de todos os seres humanos e de silenciamento dos conflitos, os que não se submetem sofrem processos destinados a lhes mostrar – assim como a aqueles que os

rodeiam – que é melhor conformar-se e se deixar levar. Os que não se submetem são quimicamente assujeitados, institucionalizados em diagnósticos psiquiátricos e drogas psicoativas, são destituídos de sua subjetividade, de sua condição de sujeito histórico-cultural.

Gabriela²⁰ é uma menina de 6 anos, que há um ano briga com seus companheiros de escola e agressivamente desobedece sua professora. Sua agressividade vem aumentando nesse período e foi encaminhada a uma psiquiatra, que diagnosticou Transtorno por Deficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e Transtorno Opositor Desafiante (TOD), prescrevendo Ritalina²¹ e Risperdal²², com melhora relativa dos sintomas.

Na Era dos transtornos, vivenciamos a escalada violenta dos diagnósticos de Dislexia, TDAH, TOD e de todas as outras nomenclaturas lançadas cotidianamente pela

20 Todos os nomes são fictícios

21 Ritalina® (Novartis) é a formulação de metilfenidato mais vendido no Brasil. Essa substância também é comercializada por Jansen com o sugestivo nome de Concerta®. Recentemente, Shire, outra gigante farmacêutica, lançou no mercado brasileiro Vyvanse® (lisdexamfetamine dimesylate) para o “tratamento” de crianças e adolescentes que não se comportam de acordo com os padrões estabelecidos (por quem?)

22 Risperdal® (Janssen) é o nome comercial de Risperidona, um antipsicótico. A bula, informa que é indicado no tratamento de uma ampla gama de pacientes esquizofrênicos incluindo a primeira manifestação da psicose; exacerbações esquizofrênicas agudas; psicoses esquizofrênicas agudas e crônicas e outros transtornos psicóticos; alívio de outros sintomas afetivos associados à esquizofrenia; tratamento de longa duração para a prevenção da recaída nos pacientes esquizofrênicos crônicos; tratamento de curto prazo para a mania aguda ou episódios mistos associados com transtorno bipolar I; indicado, por até 12 semanas, para o tratamento de transtornos de agitação, agressividade ou sintomas psicóticos em pacientes com demência do tipo Alzheimer moderada a grave; também pode ser usado para o tratamento de irritabilidade associada ao transtorno autista, em crianças e adolescentes, incluindo desde sintomas de agressividade até outros, como autoagressão deliberada, crises de raiva e angústia e mudança rápida de humor. (https://www.janssen.com/brasil/sites/www_janssen_com_brazil/files/prod_files/live/risperdal_pub_vps_comp.pdf, acesso em 25/08/2018). Deve ser evitado em associação com drogas dopaminérgicas (que aumentam a concentração do neurotransmissor dopamina nas sinapses, como o metilfenidato). Atualmente é a medicação de primeira escolha para “tratar” crianças que recebem o suposto diagnóstico de TOD.

Academia de Psiquiatria Americana (A.P.A.), como novos produtos de mercado, sempre acompanhados por novas drogas recém lançadas ao mesmo mercado. Muitas vezes, a nova droga surge até antes que o novo transtorno.

Recompensados com toda razão quando salvam vidas humanas e reduzem os sofrimentos, os gigantes farmacêuticos não se contentam mais em vender para aqueles que precisam. Pela pura e simples razão que, como bem sabe Wall Street, dá muito lucro dizer às pessoas saudáveis que estão doentes. (...)

Sob a liderança de marqueteiros da indústria farmacêutica, médicos especialistas e gurus sentam-se em volta de uma mesa para ‘criar novas ideias sobre doenças e estados de saúde’. O objetivo é fazer com que os clientes das empresas disponham, no mundo inteiro, ‘de uma nova maneira de pensar nessas coisas’. O objetivo é, sempre, estabelecer uma ligação entre o estado de saúde e o medicamento, de maneira a otimizar as vendas. (Moynihan e Cassels, 2007: 151)

Em um mundo em que as pessoas são transformadas em corpos e mentes a docilizar e em potenciais bioconsumidores, é irrelevante que os anunciados efeitos terapêuticos sejam sinais de toxicidade que indicariam a imediata suspensão da droga, como consta em livros de farmacologia (Breggin, 1999); do mesmo modo, é irrelevante a comprovação do aumento de risco de morte súbita inexplicada (Gould et. Cols, 2009) ou que, em todo

o mundo, nas clínicas para dependentes químicos, 30-50% dos jovens em tratamento relatem o uso abusivo de Ritalina®, relatando ainda que é barata, de fácil acesso e percebida como segura, pois é prescrita por médicos. (Genetic Science Learning Center, 1969, Dezembro 31)

A medicalização – realizada não apenas pela medicina, mas por todas as ciências da saúde – cumpre uma tarefa fundamental para a o deslocamento – e a consequente manutenção – do *mundo humano* para o *mundo da natureza*. Naturalizar é preciso para poder patologizar a vida. Assim, a sociedade com suas desigualdades, os governantes com suas opções políticas, tudo fica invisibilizado por pretensos defeitos que incidiriam de maneira aleatória, sem determinação social, sem causalidade. Ideário perfeito para que tudo permaneça como está. A naturalização e a medicalização da vida destroem os direitos humanos, uma conquista da humanidade, “datada e situada”, como diria Paulo Freire, que não tem espaço em território naturalizado, em chão bilogizado.

Miguel tem 7 anos há 4 anos é acompanhado pela equipe de saúde da criança de uma Unidade Básica de Saúde, no município de Campinas, estado de São Paulo. Recentemente, em um aparente surto de agressividade, amassou cinco carros. A partir desse evento, foi encaminhado a um psiquiatra, que diagnosticou TDAH (Transtorno por Déficit de Atenção com Hiperatividade) e TOD. (Transtorno Opositor Desafiante), prescrevendo Ritalina® e Risperdal®.

O Processo de Medicalização

Nas sociedades ocidentais, existe uma crescente translocação de problemas inerentes à vida cotidiana para o campo da medicina, transformando problemas coletivos, de ordem social e política, em déficits individuais, de suposta origem biológica.

Tratar questões sociais como se fossem biológicas iguala o *mundo humano* ao *mundo da natureza*, isentando de responsabilidades todas as instâncias de poder, em cujas entranhas são gerados e perpetuados esses problemas.

No *mundo da natureza*, processos e fenômenos obedecem a leis naturais. A patologização naturaliza a vida; em consequência, processos e relações socialmente constituídos são desconstruídos como direitos humanos, como conquistas históricas de homens e mulheres. É no mesmo terreno que possibilitou a Revolução Francesa,

“(...) que pode brotar e resistir a concepção de que todos os seres humanos tem os mesmos direitos inalienáveis. Trata-se, como em todos os conceitos e concepções, de uma construção histórico-cultural e não de algo natural, inato ao ser humano ou inerente às sociedades humanas. Nem natural, nem biológico, e menos ainda genético. Uma construção cultural que só pode existir quando enxergo o “outro” como um sujeito como eu e me identifico com ele, o que faz com que eu seja afetada quando ele é atingido, sentindo e sabendo que “quem cala sobre seu corpo consente na sua morte” (Moysés y Collares, 2007: 153)

A medicina constitui seu estatuto de ciência moderna na transição do século XVIII ao XIX, atribuindo-se a competência

de legislar e normatizar o que é saúde ou doença – o que significa definir o “homem modelo” - e, honrando suas raízes positivistas, passa a reger todos os aspectos da vida dos seres humanos a partir de um olhar biologizado, que reduz pessoas a corpos. Primeira área ligada aos seres humanos que se constitui como ciência moderna, a medicina passa a ser o modelo epistemológico para as ciências do homem (Foucault, 1980).

O processo de biologização, em que todos os aspectos da vida estariam determinados por estruturas biológicas que não interagiriam com o ambiente, retira do cenário todos os processos característicos da vida em sociedade: historicidade, cultura, organização social com suas inequidades de inserção e acesso, valores, afetos... A redução da vida, com sua complexidade e diversidade, a apenas um aspecto – células e órgãos, tornados estáticos, determinados e deterministas – é uma característica fundamental do positivismo: “o conhecimento das partes permitiria conhecer o todo”. Tal premissa nem mesmo se sustenta no campo das ciências exatas, com a incorporação de novos conceitos advindos da física quântica e da teoria do caos; em biologia, a mudança de um elemento costuma modificar toda a configuração do objeto de estudo. Porém, o reducionismo persiste alimentando preconceitos baseados em estereótipos: um homem de 40 anos, de São Paulo, professor, casado, com pele negra, é tornado apenas e irremediavelmente um “homem negro”; uma adolescente do sul do Brasil, de 19 anos, questionadora e comprometida com um mundo melhor, é vista como portadora de TOD; um garoto de 9 anos, habitante dos subúrbios do Río

de Janeiro, filho de trabalhadores, que vai mal em uma escola precária, é somente um menino-que-não-aprende, ou melhor ainda, um disléxico.

Reduzida a vida ao substrato biológico, o futuro fica irreversivelmente determinado desde o início; fica, assim, preparado o terreno para a medicalização, com o pressuposto de que os problemas sociais seriam consequência de dificuldades de origem e solução no campo médico.

Na atualidade, uma epidemia de diagnósticos medicaliza a vida. É um tempo em que qualquer malestar é rapidamente transformado em síndrome, doença, ou transtorno. Estamos vivendo a “Era dos Transtornos”.

Sem dúvida, os avanços científicos possibilitam diagnósticos mais precoces e precisos, tratamentos mais eficientes, melhorias na qualidade de vida. Sem dúvida, também, o acesso a essas possibilidades está restrito; a maioria das pessoas ainda não podem se beneficiar delas. Entretanto, assim mesmo, promovem a amplificação dos processos patologizantes. Professores de Dartmouth Medical School, alertam:

A avançada tecnologia permite que os médicos olhem profundamente para as coisas que estão erradas. Nós podemos detectar marcadores no sangue. Nós podemos direcionar aparelhos de fibra ótica dentro de qualquer orifício. Além disso, tomografias computadorizadas, ultrassonografia, ressonâncias magnéticas e tomografias por emissão de pósitrons permitem que os médicos exponham, com precisão, tênues defeitos estruturais do organismo. Essas tecnologias tornam possíveis quaisquer diagnósticos em qualquer pessoa: artrite em pessoas sem dores nas juntas, úlcera em pessoas sem dores no estômago

e câncer de próstata em milhões de pessoas que, não fosse pelos exames, viveriam da mesma forma e sem serem consideradas pacientes com câncer. (Welch e cols, 2008)

Nessa epidemia de diagnósticos, o mundo e a vida são observados por um prisma em que o que não se enquadra em rígidos padrões e normas se converte em doenças a serem tratadas. Crianças e adolescentes vem sendo alvos prioritários dessa estratégia.

Talvez ainda mais preocupante seja a medicalização da infância. Se uma criança tossir depois de fazer exercícios, tem asma. Se tiver problemas com leitura, é disléxico. Se estiver infeliz, tem depressão. Se alterna entre euforia e tristeza, tem distúrbio bipolar. (Welch y cols, 2008)

Estigma inscrito a ferro e fogo no corpo e na mente, a institucionalização em uma enfermidade inexistente agride psicologicamente a uma pessoa, corroi suas potencialidades.

André, 9 anos, vai à consulta da pediatra porque ainda não sabe ler, entra no consultório praticamente arrastado por sua mãe. Forçado a se sentar, dispara: “Vou ficar internado?”. A pergunta surpreende a médica que lhe diz: “internado por quê?” O menino responde: “Porque não sei ler”. Na consulta, se constatou que todos os dados de anamnese e de exame físico eram normais, e seu desenvolvimento era normal em todos os aspectos, inclusive cognitivo. Ao sair, pergunta novamente: “Então, não vão me internar?” A médica lhe devolve a pergunta: “Por quê?” e ele responde: “Pensei que ia ficar internado para poder aprender a ler. Eu não queria vir, tinha medo

de que me deixassem internado e não voltar mais pra minha casa. Sonhei com isso a noite toda.

As violências contra “os Andrés” já eram muitas: a desigualdade social e de acesso cultural; o acesso à escola que encobre a falta de acesso ao ensino; os preconceitos contra seus valores, seus saberes, sua linguagem. E agora se somam novas violências: o rótulo que lhe atribuem de “fracassado” por incapaz, por doente; a imposição de uma “enfermidade” jamais comprovada pela medicina; a crença de que todas as desigualdades que continuará vivendo, sofrendo e transmitindo são por “sua culpa”. Porque, afinal, quem mais poderia ser responsável? O destino? Os deuses?

Reginaldo, 8 anos, foi encaminhado à pediatra pela professora, que já determinou “ele deve ter problemas na cabeça, porque não aprende, então é preciso levá-lo ao médico”. Sempre foi uma criança normal, com desenvolvimento neuropsicomotor e cognitivo normais. A mãe não acredita que ele tenha problemas e não entende o que acontece porque ninguém havia percebido que tinha problemas até que entrou na escola: “É um pouco nervoso, porém nada que chame a atenção. Em casa é muito bom, aprende tudo, até demais, principalmente o que não deve; não sabe fazer contas na escola, porém me ajuda com as compras, mexe bem com dinheiro e com o troco, eu não entendo o que acontece, porque penso que quando uma pessoa tem problema na cabeça não tem raciocínio para nada”. O pai considera que seu filho é normal. Foi

reprovado no ano anterior porque, segundo a professora, era “muito imaturo”. A professora já o havia encaminhado a outro serviço médico, solicitando que fizessem um eletroencefalograma, porque achava que “problemas na cabeça”; o médico disse que não era necessário, porque o menino era normal. Não satisfeita, a professora o encaminhou novamente, com as mesmas observações. Reginaldo não sabe porque não aprende e já duvida de sua própria normalidade. Os irmãos o provocam: “A professora disse que você tem problema”. Quando não consegue fazer as tarefas de escola se desespera: “Eu sei, eu sei que sou doente, vou no médico e vou ter que ficar internado por uns dez anos”. Durante a consulta, cada vez que se tentava abordar o assunto, chorava e se negou a fazer tudo que a médica lhe propôs. Terminada a avaliação, iniciou-se um trabalho com o menino e com a mãe para tentar restabelecer sua normalidade. Foi enviado um relatório detalhado à escola ela afirmando seu desenvolvimento normal e sua plena condição para aprender, e a ausência de patologia que explicasse seu baixo rendimento escolar. Foram enfatizadas, para a família e para a professora, as consequências de Reginaldo estar incorporando uma doença inexistente. Para grande espanto da família e da médica, a reação da escola foi violenta e incompreensível. Foi dito à mãe que não aceitavam essa avaliação, “que a médica só podia ser incompetente” e que como não tinham dúvida de sua patologia, Reginaldo somente poderia continuar na escola

se fosse feito um eletroencefalograma e fosse medicado.

Andrés, Reginaldos, Marías...

Crianças inicialmente normais, reféns de incapacidades que lhes atribuem, confinados em doenças que não tem.

Estigmatizados, discriminados, incapazes, doentes e ainda confinados.

Confinados, disciplinados, controlados.

Controlados a céu aberto, por uma instituição invisível, virtual, etérea porém muito concreta em suas mentes e corações...

Institucionalizados!

Patologização: Um possível alibi para a violência

A medicalização do comportamento e da aprendizagem tem outra face ainda mais perversa.

O afã de silenciar todo conflito, todo questionamento, toda diferença, a possibilidade de futuros diferentes, aliado à ganância da indústria farmacêutica, ancorado na falta de ética e de compromisso com a vida das pessoas, não tem limites.

Nos últimos anos, a patologização do (des)comportamento e da aprendizagem vem afetando cada vez mais crianças e adolescentes que, na realidade, são vítimas de violência física e/ou psicológica, servindo de alibi para as agressões.

Os jovens em situação de violência podem ser encontrados em serviços neuropsiquiátricos e assim se oculta o problema real.

Ao invés de detectar sinais e indícios clássicos das agressões sofridas, médicos, psicólogos, fonoaudiólogos, com espantosa facilidade e insensibilidade, lhes atribuem rótulos de transtornos neuropsiquiátricos e sedam com psicotrópicos.

De vítimas a portadoras de TDA e TOD; de acolhimento e proteção a Ritalina® e Risperdal®...

No Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, um programa acolhe e atende crianças e adolescentes vítimas de violência física e psicológica. A análise das histórias dos pacientes revelou que todos eram atendidos em serviços médicos, com diagnósticos de transtornos neuropsiquiátricos. Em nenhum, nenhum profissional suspeitou da violência sofrida; os “diagnósticos” eram sempre localizados nos jovens. Dificuldades de aprendizagem, déficit de atenção, agressividade, hiperatividade e fracasso escolar eram 68,54% dos 213 “diagnósticos” realizados. Dos 150 jovens, os 127 maiores de 5 anos recebiam drogas psicoativas prescritas por médicos; 63% tomavam associações de drogas em doses crescente há mais de um ano, sem melhoras. 18% haviam recebido psicotrópicos por mais da metade de sua sofrida vida. 1/3 desses jovens eram anteriormente acompanhados no próprio Hospital de Clínicas, sem que se suspeitasse das agressões. Alguns já apresentavam danos neurológicos irreversíveis; as cicatrizes psíquicas eram indelévels e irremediáveis em todos. (Pfeiffer, 2011)

Profissionais incapazes de suspeitar que uma criança esteja sendo vítima de brutais agressões físicas e/ou psicológicas, tranquilizados por diagnósticos-rótulos que violentam ainda

mais. Crianças sedadas e silenciadas que se convertem em um alvo ainda mais fácil e mais frágil das agressões.

Ainda mais perverso que não identificar, é saber e desconsiderar esse saber.

Meninos, meninas e adolescentes em situação de amparo judicial – retiradas judicialmente de suas famílias em função das agressões sofridas, com (des)comportamentos esperáveis em consequências de sua história de vida, têm sido vítimas de uma nova agressão: a medicalização de seu sofrimento.

Retomemos agora a história de Miguel, citado neste texto.

Miguel vive sob amparo judicial há 5 anos; a justiça retirou de seus pais o pátrio poder e a guarda do filho, por atos de violência física cometidos contra ele. Aos 2 anos de idade, em uma visita a seus irmãos, já retirados da guarda dos pais e morando em um abrigo judicial, foi agredido por seus pais no próprio abrigo, ficando desacordado por alguns minutos. Imediatamente foi retirado da família e institucionalizado. Durante dois anos Miguel foi acompanhado por uma psiquiatra, por seus medos e sofrimentos, que reincidiam cada vez que um amigo ia embora da instituição, por voltar para casa ou por ser adotado; em algumas ocasiões, a psiquiatra lhe prescrevia drogas psicoativas, porém sempre por questões sintomáticas e por períodos muito curtos. As anotações de sua psiquiatra em seu prontuário, em retornos semanais, falavam de seu sofrimento pela constante perda de amigos e detalhavam seu plano terapêutico para aliviar sua vida. Miguel também era acompanhado por uma psicanalista. Nunca tinha havido

nenhuma tentativa de adoção de Miguel, até que, finalmente, um casal se interessou; aconteceram encontros sucessivos, cada vez mais prolongados, até que por fim o juiz autorizou que levassem Miguel para sua casa em um fim de semana. Na casa, Miguel encontrou um filho do casal cuja existência desconhecia. Os dois meninos se estranharam, como seria esperado, porém a avó, também presente na casa, exigiu que Miguel fosse levado embora, gritando que não admitia sua adoção. Miguel correu para a garagem e saltava sobre os carros, amassando-os. Foi “devolvido” ao abrigo pelo casal, que nunca mais apareceu. A partir deste episódio, Miguel tornou-se agressivo, briguento e desobediente. Por exigência da escola, com consentimento do juiz, foi levado a outra psiquiatra, que desconsiderando toda sua história de vida e até mesmo o que havia acontecido naquele fim de semana, lhe atribuiu o rótulo²³ de TDAH e TOD, prescrevendo Ritalina® e Risperdal®.

Sua história de vida foi apagada pela psiquiatra, em um ato que se converte em outra agressão. Tudo que sofreu, todas as violências, todas as violações de seus direitos, nada disso existia. Era simplesmente o portador de um cérebro com neurotransmissores geneticamente defeituosos.

E Gabriela? Qual é sua história de vida? Aos 11 anos, foi encaminhada a consulta pediátrica pelo Juizado da Infância, logo após ser retirada da casa de seus pais e colocada em um abrigo judicial. Os pais haviam perdido o pátrio poder quando,

23 Conscientemente, não usamos a expressão “diagnóstico”, pois não se trata disso; tal prática passa longe do raciocínio clínico e da própria medicina.

a partir da denúncia de vizinhos, comprovou-se que gabriela era violentada por seu pai todas as noites, desde os 5 anos. Pouco tempo depois, passou a apresentar comportamento agressivo; sem dúvida, nem professores nem profissionais da saúde consideraram que o comportamento é apenas uma manifestação, uma expressão do que sucede com a pessoa, de como está sua vida, suas relações. Em uma visão reducionista e simplificadora, pensaram que o comportamento é em si mesmo um problema, uma doença. Durante cinco anos, Gabriela continuou sendo violentada por seu pai todas as noites, porém agora já não reagia. Devemos destacar que sua agressividade e desobediência melhoraram com os psicotrópicos.

Silenciar questionamentos, homogeneizar comportamentos, abortar o futuro, abolir sonhos, utopias e ilusões. Extirpar a vida por ser irregular e imprevisível. São essas as metas? É para isso que se aplicam rótulos e se distribuem substâncias psicoativas a crianças e adolescentes que apenas não se enquadram nos moldes definidos como aceitáveis? Mesmo aquelas que não se enquadram porque estão pedindo socorro?

Os índices de drogadição, a dependência psíquica e química, as taxas de suicídio e morte súbita inexplicada em adolescentes, nada parece capaz de afetar as indústrias farmacêuticas, nada parece capaz de fazer com que os profissionais se disponham a escutar o outro, buscando entender os conflitos que se manifestam em seus modos de ser e agir, em seus modos de levar a vida.

Classificar crianças e adolescentes por meio de

observações que os reduzem a “casos”, geralmente perdidos, intratáveis, é um ato que lhes subtrai a condição de sujeitos e avaliza, cientificisticamente, o bloqueio que lhes é imposto ao acesso ao futuro.

A disponibilidade para se identificar com os Reginaldos, as Gabrielas, os Andrés, as Marías, os Migueis pode recuperar a sensibilidade e a disponibilidade de ver o outro, a capacidade de indignação. Defender a vida resistindo aos processos de medicalização pode significar um passo a mais para a construção de um mundo em que o futuro mereça esse nome.

Esse futuro somente existirá quando todas as pessoas sejam sujeitos de fato, e não sejam transformadas em objetos que podem ficar à margem dos destinos de cada nação, à margem de sua própria vida.

Bibliografia

- Breggin, PR (1999) Psychostimulants in the treatment of children diagnosed with ADHD: Risks and mechanism of action. *International Journal of Risk e Safety in Medicine* 12: 3–35
- Collares, CAL & Moysés, MAA (2015) Preconceitos no cotidiano escolar: Ensino e medicalização. 2a edição. Edição das autoras. Ebook disponível em https://www.amazon.com.br/Preconceitos-cotidiano-escolar-ensino-medicalização-ebook/dp/B01GPAIKCS?__mk_pt_BR=ÅMÅŽÕÑ&keywords=preconceitos+no+cotidiano+escolar&qid=1535662229&sr=1-1-fknull&ref=sr_1_fknull_1
- Foucault, M. (1996) Vigiar e punir. Nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes. 14ª ed. brasileira (1ª ed. em 1977)
- Foucault, M. (1980) O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense-Universitária. 2ª ed. Brasileira.
- Genetic Science Learning Center (1969, December 31) Ritalin and Cocaine: The Connection and the Controversy. Learn.Genetics. disponível em

- <http://learn.genetics.utah.edu/content/addiction/issues/ritalin.html>
(acesso em 03/04/2009)
- Gould, MS; Walsh, BT; Munfkl, JL; Kleinman, M; Duan, N; Olfson, M; Greenhill, L; Cooper, T (2009) Sudden Death and Use of Stimulant Medications in Youths Am J Psychiatry 166: 992-1001
- Moynihan, R & Cassels, A (2007) Vendedores de doença: estratégias da indústria farmacêutica para multiplicar lucros. In: Bioética como novo paradigma: por um novo modelo bioético e biotecnológico. org. ML Pelizzoli. Petrópolis: Vozes. pp 151-156
- Moysés, MAA & Collares, CAL (2007) Medicalização: elemento de desconstrução dos Direitos Humanos. In: Direitos Humanos? O que temos a ver com isso? Org. Comissão Regional de Direitos Humanos do CRP-RJ. Petrópolis: Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro, pp 153-168 (disponível em <http://www.crprj.org.br/publicacoes/livros/direitoshumanos.pdf>)
- Pfeiffer, L (2011) Método de Classificação em Níveis de Gravidade da Violência contra Crianças e Adolescentes. Tese de Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal do Paraná
- Welch, G; Schwartz, L; Woloshin, S (2008) O que está nos deixando doentes é uma epidemia de diagnósticos. Jornal do Cremesp, p. 12, fev. (publicado em The New York Times, 02/01/2007; tradução de Daniel de Menezes Pereira)

Violência como disparador do cuidado aos usuários graves de álcool e outras drogas: novos sentidos, significados e destinos

Autoras

Maria Paula Cerqueira Gomes

Psicóloga. Professora associada do IPUB/UFRJ. Mestre em Medicina Social-IMS/UERJ. Doutora em Saúde Mental. IPUB/UFRJ. Pós doutora em Saúde Pública-USP. Coordenadora da Residência Multiprofissional em Saúde Mental IPUB/UFRJ. Professora do Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial do IPUB-UFRJ e do Programa de Pós Graduação EICOS-IP/UFRJ. E-mail: paulacerqueiraufrj@gmail.com

Thaís Cassiano Beiral

Assistente social (UERJ), possui pós-graduação em nível de residência multiprofissional em saúde mental (IPUB/UFRJ). Mestranda em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), atualmente trabalha na Unidade de Acolhimento Adulto da Penha (UAA) localizada na zona leste de São Paulo. E-mail: tcbeiral@gmail.com

Sumário

Lançar outros olhares sobre situações de intensa vulnerabilidade psicossocial e de violência, reconhecer e compreender essas situações de forma não naturalizada, mas de maneira ampla é a aposta desse texto. Nossas análises buscam ofertar novos sentidos para a produção do cuidado coletivo e da assistência no campo de álcool e outras drogas aos usuários graves e historicamente estigmatizados. Guiadas pelo referencial ético-político de que “Toda a vida vale a pena”, aceitamos, neste escrito, o desafio de falar de violência em seus aspectos mais complexos de modo a repensar o trabalho na vida e na clínica, compreendendo-a como disparadora de cuidado em saúde em um campo de múltiplos atravessamentos.

Palavras chave

Violência, álcool e outras drogas, produção do cuidado, atenção psicossocial, redes vivas.

Violência como disparador do cuidado aos usuários graves de álcool e outras drogas: novos sentidos, significados e destinos

Maria Paula Cerqueira Gomes

Thaís Cassiano Beiral

As reflexões que se seguem decorrem de um rico debate que se estabeleceu no período de supervisão clínico institucional (2014-2016) desenvolvido pela segunda autora em um CAPS AD III localizado na zona norte do município do Rio de Janeiro e gerou, como um dos frutos, um relato de experiência do percurso formativo da primeira autora durante a sua residência multiprofissional em saúde mental. Essas reflexões tomaram como ponto central o cuidado e assistência no campo de álcool e outras drogas aos usuários graves que têm suas vidas envoltas às situações de violência em suas mais distintas facetas.

Vivemos novos tempos de violência, em especial na cidade do Rio de Janeiro, laboratório de experiências das mais distintas ordens, muitas vezes radicalizando os processos discriminatórios, excludentes e violentos, sobretudo com a população pobre, tal qual a intervenção federal militar, para citar somente uma. Posto isso, compreendemos ser um desafio firmar a inclusão da violência em seus aspectos mais complexos de modo a repensar o trabalho na vida e na clínica, isto é, compreendê-la como disparadora

de cuidado em saúde em um campo complexo e de múltiplos atravessamentos.

Cabe ressaltar que as histórias trazidas aqui falam de pessoas que realizam seus tratamentos nos serviços de saúde mental. Sabemos que alguns serviços de saúde, em especial os de atenção primária ou aqueles que estão localizados em territórios violentos, tem sofrido com as invasões de poderes paralelos e as mais diversas consequências dessas barbáries cotidianas²⁴.

Buscaremos trazer por meio de algumas experiências a produção de cuidado inventada em um serviço específico de saúde mental (CAPS AD III) por uma determinada equipe multidisciplinar, na qual estiveram inseridas as autoras. Nosso intuito é pensar este cuidado ao usuário dito “AD” e os seus atravessamentos, em especial àqueles relacionados à violência. E, principalmente, colocar como material de análise e produção de conhecimento, o trabalho inovador desenvolvido junto a uma determinada clientela historicamente estigmatizada, buscando assim trazer a produção de diferença na repetição violenta, a produção de vida e de novos sentidos em situações nas quais em um primeiro momento o que se vive é um esgarçamento e, muitas vezes um impasse na relação entre aquele que cuida e quem demanda o cuidado.

Esse relato será trazido por meio da e na experiência. Experiência como nos diz Jorge Larrosa Bondía é o que

“(…) nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca. A cada dia se passam muitas coisas, porém, ao mesmo tempo, quase nada nos acontece. Dirse-ia que tudo o que se passa está organizado para que nada nos aconteça. (...) Nunca se passaram tantas coisas, mas a experiência é cada vez mais rara (BONDÍA, 2002, p. 2).

Esse relato será aqui por nós apresentado por meio de três mapas analíticos, como campos transversais de sentidos que fazem operar o cuidado cotidiano atravessado por intensa vulnerabilidade psicossocial e violência. Estão operacionalizados em três “vinhetas” a fim de descrever e olhar para a violência em suas múltiplas possibilidades: a violência como recurso de linguagem (1), recurso de sobrevivência e resistência (2), e, por último, como as pequenas violências do cotidiano profissional (3). As vinhetas são compreendidas como dispositivos “analisadores”, isto é, que nos permitem “escutar” os ruídos e que faz aparecer coisas que estão ali, mas não estão tão visíveis (MERHY, 2007).

Esse estudo parte do campo da atenção psicossocial, do campo mais geral da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial. Defendemos, portanto, a desinstitucionalização de práticas e saberes, a defesa do cuidado em liberdade pautados em um novo modo de assistência em saúde mental, capaz de cuidar das pessoas em sua integralidade e em sua complexidade, sem retirá-la do convívio sócio-familiar. Posto isso, é preciso reconhecer que a tarefa de tornar o louco e também o usuário de droga; a população em situação de rua e o infrator, em cidadãos de direitos é uma tarefa necessária, porém complexa, uma vez

²⁴ Neste texto não discutiremos sobre esses episódios de violência, mas acreditamos que estes podem ter relação com o maior ou menor grau de organização e participação social da população, bem como do acesso a bens e serviços nos territórios em questão. Certamente essas são questões que necessitam de maiores estudos e aprofundamento, no qual não realizaremos nessa ocasião.

que a história da formação da cidadania no Brasil já é por si só, de extrema complexidade.

A importância analítica de se localizar a cidadania como valor fundante e organizador deste processo está em que a Reforma Psiquiátrica é, sobretudo, um campo heterogêneo, que abarca as dimensões da clínica, do cuidado, da política, do social, do cultural e as inúmeras relações estabelecidas entre estas e que é operada por diferentes atores. Guiamo-nos a partir desses conceitos a fim de repensarmos os desafios e as possibilidades do cuidado aos usuários que tiveram, e têm, não apenas a sua cidadania cotidianamente negada, mas a sua própria vida.

Faremos esse mergulho nas memórias dessa experiência ancoradas no referencial ético-político de que “Toda a vida vale a pena”. É consenso que alguns meios de comunicação têm produzido e propagado certo imaginário social no que diz respeito às “cracolândias” e àqueles que as habitam. As ditas “cracolândias”, ou “fluxos”, são vistas como terras sem lei e sem vida, habitadas por pessoas sem qualquer resquício de humanidade: não têm nome, não têm rosto, não têm história. Não raro essas pessoas são comparadas a zumbis, algo de não humano e de menos valor, que atravessam nossos caminhos de maneira inconveniente. Criado este imaginário social de vidas sem valor e de gente “não-humana” vimos ressurgir com veemência as abordagens de “tratamento” pela via da exclusão.

Não pretendemos aqui desenvolver uma discussão mais elaborada sobre as práticas contraproducentes de cuidado que são baseadas na exclusão. Todavia, é preciso colocar que pelo menos

nos últimos quatro anos vemos propagar com nova intensidade as práticas de recolhimento compulsório e da internação involuntária visando à higienização social dos espaços urbanos, ao retirar de nosso campo de visão tais “seres indesejáveis”. Ademais, tem-se ainda a defesa e o investimento público em comunidades terapêuticas, preconizando a abstinência como fim no tratamento aos usuários de álcool e outras drogas, onde a “guerra às drogas” apanha novo fôlego, tornando a droga o grande problema da humanidade, desconsiderando o seu próprio uso em inúmeras civilizações.

Como já haviam observado Bucher e Oliveira (1994), o discurso e a ideologia de combate às drogas são expressões rigorosamente condenatórias, pois se caracterizam pela guerra de uma “argumentação mais emotiva e alarmista do que serena e objetiva; mais sensacionalista do que científica; mais moralista do que isenta de juízos valorativos” (Bucher e Oliveira 1994, p. 137). Ao invés de analisar o consumo de drogas em seus múltiplos determinantes, limita-se a preconizar uma repressão implacável a uma parte específica da população. Neste mesmo movimento, vemos o aumento de prisões arbitrárias e da criminalização dos pobres, negros e favelados; do aumento vertiginoso de assassinatos por parte do poder público (polícias) e do poder paralelo (fácções criminosas e as milícias); da discussão da redução da maioria penal; do pedido eloquente de pena de morte, liberação do porte de armas, dentre outras. São sem dúvidas novos tempos de aumento da violência urbana, de acirramento da desigualdade social e da perda de direitos, mas, também de resistências a tudo isso.

Nossa direção de trabalho não é aquela que passa pela via da exclusão. Por este motivo, antes de partir para as discussões sobre a análise da produção de cuidado a partir da violência, é importante abrir espaço para reafirmar que o referencial ético-político e clínico de que toda a vida vale a pena têm como efeito imediato no mundo da vida e, portanto, do cuidado, novas produções de sentidos à violência, que passam a incluí-la como objeto de trabalho e análise sistemática no cotidiano das equipes atravessadas diretamente ou não por esse tema.

A aposta de cuidado a esta população radicaliza a proposta de universalização do direito à saúde, isto é, prevê a garantia de que todos os cidadãos devem ter acesso aos serviços de saúde pública. Nesta linha de raciocínio, os CAPS AD III devem receber e acolher toda a população de seu território que faça uso prejudicial de álcool e outras drogas, o que não significa que este deverá ser o local de cuidado de todos que ali chegam, uma vez que a rede de cuidado é criada a cada caso, a cada complexidade, e nem todos necessitam de tratamento em um serviço como o CAPS.

Para defender essa ética do cuidado, além de resgatar conceitos já conhecidos pelos trabalhadores de saúde, como o de universalidade e integralidade, aposta-se que o atual momento é o de (re)inventar novas práticas e dispositivos de cuidado. Como nos coloca Ceccim e Merhy (2009):

“nessa condição, o cuidar do outro é operado por distintas modalidades de saber e fazer, não culmina com as práticas particulares das profissões, das tecnologias do cuidado ou dos protocolos, prolonga-se

pela invenção de si, dos entornos, de mundos” (Ceccim e Merhy, 2009, p.535).

É importante lembrar que, em um primeiro momento, os CAPS foram criados para cuidar dos usuários psicóticos oriundos das longas internações psiquiátricas. Por meio dessa experiência no CAPS AD III podemos perceber que os usuários psicóticos graves continuam chegando nestes serviços, todavia, ao ser um serviço territorial e aberto, que aposta no conceito de universalidade, o que nos chama atenção, e nos impulsiona a repensar nossas práticas, é o fato de que cada vez mais chegam a estes serviços usuários que nunca vivenciaram internações psiquiátricas; pessoas que buscam a medicação psiquiátrica como solução/cura/anestesiamento; sujeitos marcados pela violência (domiciliados ou em situação de rua); usuários de drogas, das mais variadas idades e gêneros, crianças, adolescentes, jovens e idosos; homens e um número cada vez mais crescente de mulheres; população em situação de rua e/ou de abrigamento, que veem nos CAPS AD III lugar de pouso seguro com possibilidade de acesso à comida, água potável, sanitários e um local para descansar.

No entanto, é preciso ter atenção e cuidado. Na medida em que estes serviços de saúde mental se tornam dispositivos que valorizam a vida humana e não meritocratizam o viver, é possível cair em uma espécie tentação na qual faz o trabalhador acreditar que é de sua responsabilidade salvar os usuários. Isso ocorre quando se perde de vista a própria direção psicossocial de aposta no sujeito, cuja compreensão está em defender que o usuário pode fazer alguma coisa por ele mesmo, de que os

profissionais podem facilitar novos suportes e ser possível o usuário, enquanto sujeito, realizar outra coisa diferente em sua própria vida.

São em cenários complexos, atravessados pela violência, que os CAPS em suas distintas modalidades estão inseridos, devendo então superar a lógica de produção de procedimentos em si por uma lógica da produção da saúde, do cuidado e da defesa da vida individual e coletiva. É nesta direção que afirmamos estes dispositivos como estratégicos, na medida em que podem impactar e qualificar o modo de “andar na vida” (construção do sujeito) das pessoas neles atendidas por meio da produção da diferença. Precisamente, o objetivo seria o de ampliar o cuidado, produzindo diferença junto com os usuários, diferenças estas que impactam a vida, sem que sejam colocados modos de viver pré-estabelecidos e pré-determinados, reduzindo os danos decorrentes do uso de drogas e colocando o sujeito em foco, não a substância por ele utilizada.

Para fazer frente, resistir aos discursos hegemônicos designados como discursos maiores, aqueles que se atentam mais às drogas do que ao sujeito e ao seu contexto de uso e de vida, convoca-se à radicalidade da escuta dos discursos menores, daquilo que se pode produzir no encontro com o usuário, apostando na saúde como autonomia e ampliação de mundo (RAMMINGER e SILVA, 2014). Portanto, é preciso reafirmar que o processo de cuidado deve se dar junto aos usuários e, desta forma, o cuidado ofertado só pode ser construído localmente, a partir do conhecimento da experiência do sujeito e de seu

território de relações, reduzindo os danos ao colocar o sujeito em foco e não a droga.

Ao tomar a máxima “toda a vida vale a pena” como referencial ético-político de cunho não religioso-messiânico, mas de aposta clara no sujeito, entendemos que a construção dessa clínica é um lugar de resistência (SILVA, 2014). Uma aposta que ao “re-existir” abre-se a possibilidade de produzir linhas de fuga e, portanto, outras saídas, outros mundos antes não visibilizados. A nossa compreensão é a de que todo ser humano é complexo e de que toda a vida vale a pena, mesmo que sua manifestação principal seja extremamente difícil e violenta, e por que não dizer, “horrorosa, assustadora”. O desafio colocado não é somente o cuidado dessa população historicamente estigmatizada, mas a oferta de ações que não os vitimize diante de sua própria história. Ações que apostem na transformação do sujeito por meio de um cuidado que coloque justamente este sujeito no centro desse processo e não mais em uma posição de objeto ou de uma interpretação exclusivamente moral sobre seus atos. Posição nada fácil uma vez que o desafio principal torna-se o de não romancear e nem banalizar essas situações. Desafio este que muitas vezes é vivido a contrapelo, no fio da navalha, tensionando ao máximo as equipes nos seus encontros com os usuários.

Assim, nossa intenção não é naturalizar os episódios em que a violência se fez presente no cotidiano profissional, nem mesmo citar ou descrever estes episódios. A ideia central do trabalho é trazer para o tema “violência” outro olhar, de modo a entender seus múltiplos sentidos e significados. Para nós

a violência que ocorre nos serviços de saúde, por vezes, não pode ser lida só como ruptura, como negação, impossibilidade e desvinculação, é um enigma que precisa ser decifrado. Deste modo, também nos indagamos sobre como é possível ofertar um cuidado que possa lidar com esta violência sem que seja para calá-la, silenciá-la por si só, ou excluí-la do serviço.

O CAPS AD III que propulsionou esse texto atende uma população que até bem pouco tempo só se relacionava com o Estado por meio das polícias. A maioria dessas pessoas quando chegaram a passar por algum serviço de saúde não puderam fazer desses espaços um ponto de cuidado e ancoragem, isso porque a violência emergia e rompia com as possibilidades de vínculo, tratamento e de cuidado, resultando em geral em saídas bruscas, culminando quase sempre com o desligamento do serviço. Parte dos usuários circula pelas ruas do entorno do CAPS e pelas “cenas de uso de drogas” nas favelas da região, com limitados serviços de referência, fazendo da rua o local de socialização, de sobrevivência e das mais diversas relações sociais.

Sentidos, significados e destinos da violência

Com base nos estudos de Silva (2014) entendemos que o cuidado a ser ofertado aos usuários de drogas deve ser produzido a partir do enlace entre droga, sujeito e contexto histórico. A droga não é o centro, neste sentido, não só o protagonismo do usuário em seu tratamento deve ser reafirmado, mas a aposta na mudança da repetição a partir do próprio sujeito, produzindo

pequenos desvios. Foi nesta direção que buscamos delinear o contexto do território em que estão inseridos os usuários, de maneira que não queremos descrever que falamos “dos usuários de drogas”.

Por isso, consideramos que, para descrever as “vinhetas”, é de suma importância afirmar que a violência não é algo que ocorre nos CAPS ou demais serviços de saúde de maneira tal como ocorre nas ruas e nas favelas. Em 2002 a Organização Mundial da Saúde (OMS) se pronunciou em relação à violência de forma mais contundente do que as que precederam, quando apenas classificava seus efeitos ou realizava análises e fazia recomendações esporádicas sobre o assunto (MINAYO, 2007). Para isso divulgou o Relatório mundial sobre violência e saúde, no qual define o problema violência como “uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (KRUG et al., 2002, p. 5).

Minayo (2007) indica que existem muitas outras definições, algumas coincidentes, outras divergentes. A violência é, portanto, um fenômeno complexo e multicausal que atinge a todos, fugindo a qualquer conceituação precisa e cabal. Neste trabalho entendemos a violência de maneira ampliada, para além da violência física, abarcando a agressividade, a ameaça, a sujeição e a desautorização do outro, incluindo seu poder de velar e também revelar. Pode-se dizer que em suas manifestações plurais,

a violência, é constituída, geralmente, a partir de uma perspectiva individualista (GUARESCHI, et al 2006) que tende a culpabilizar o indivíduo. Contrapondo-se a isso, nosso trabalho busca cercar o tema “violência” em suas múltiplas determinações entendendo-a sob o ponto de vista de um contexto social, cultural e político.

A partir dessa compreensão entendemos que não é possível considerar a violência como algo que se esgota no campo individual, o que sugeriria uma identidade naturalmente agressiva e uma essência humana espontaneamente violenta. Sugerimos olhar a violência em suas situações complexas, constituídas por diversos vetores e como possibilidade de manifestação de algo da ordem humana.

De uma maneira geral, no senso comum, a violência é entendida como impossibilidade de trabalho, de embrutecimento do humano, de ausência de linguagem e, no campo de cuidado, resposta negativa ao tratamento. O consenso é que a violência nos coloca numa posição de desconforto, onde apenas e cada um em sua experiência pode descrevê-la, ao passo que o seu real enfrentamento para o cuidado só é possível no coletivo, isto é, no trabalho em equipe.

Vinheta 1: A violência como recurso de linguagem

Quais são os efeitos de se oferecer um lugar quase total para um sujeito sem lugar?

Os CAPS AD III produzem certas vinculações que, de algum modo, não são tão imprevistas. São inúmeras as possibilidades

de acesso: à água potável para beber e tomar banho, alimentação de qualidade, chuveiros elétricos, salas com ar condicionado, possibilidade de descanso e de acolhimento às crises, profissionais disponíveis, dentre outros, em uma cidade em que somente alguns têm acesso aos bens e direitos mais elementares.

Assim, os CAPS se tornam espaços para conviver, cuidar de si, onde é permitido ser, em toda sua complexidade. O vínculo de vida dos usuários, muitas vezes, parece ser o próprio CAPS, sendo este serviço de saúde mental o local onde há possibilidade de cuidar do corpo e de si de outras formas, sem que haja imposição de parar de usar drogas, sair das ruas, procurar emprego, por exemplo. Essas são demandas que vão surgindo, ou não, no processo.

O cuidar de si é também tratamento, é produção de diferença, de vida. No entanto, é preciso ter clareza que a oferta que se faz é, em sua grande maioria, uma oferta institucionalizada, dentro de um muro frio que nos separa uns dos outros. É nesse sentido que esse vínculo quando reduzido à dependência institucional pode ser perigoso, na medida em que toda dependência é problemática.

Quando algo sai minimante daquilo que esteve um dia pré-estabelecido, por exemplo, quando a equipe reavalia e busca repactuar os dias de frequência no CAPS alguns usuários parecem perder o chão e a responsabilização é maciçamente colocada na equipe que busca então promover o cuidado. Diante desse movimento de repactuação as respostas dadas são as mais diversas: usuários passam a frequentar o CAPS nos novos dias

estabelecidos; a chegar muito intoxicados; a fazer uso de drogas dentro do CAPS; culpam a equipe pela dificuldade concreta da vida; aparecem somente nos dias em que não tem indicação; desaparecem sem dar notícias durante um tempo; “fogem” dos atendimentos com seus técnicos de referência; começam a protagonizar situações de violência dentro do CAPS; pulam o muro para dentro serviço de saúde, dentre outras.

É importante que os profissionais possam questionar os efeitos produzidos nos usuários quando ofertam um determinado lugar, sobretudo se for de forma intensiva e extensiva, para quem não possui muitos lugares. Quando este lugar toma um lugar totalizante para pessoas que não possuem muitos outros espaços, por vezes se torna uma oferta por demais excessiva.

Nessas situações a violência pode surgir como recurso de linguagem de forma a dizer desse excesso. Possui o poder de tornar aquele que a pratica alguém visto, que atrai atenção, olhares e ações. O foco principal do que deve ser feito nessas situações recai justamente sobre restrição da utilização desses espaços, e, de forma recorrente, outras dimensões desses acontecimentos não são problematizadas pelas equipes. Em geral a problematização recai sobre o ato violento em si e não sobre os seus sentidos, restringindo as possibilidades de manejo dessas situações a uma interpretação única e, portanto, a poucas saídas. É preciso repensar o fazer cotidiano de maneira a produzir, junto com estes usuários, novas formas de linguagens não violentas, trazendo sim para a cena do encontro entre usuário e equipe, o estranhamento, a inadmissibilidade do ato, mas a partir de certo *exercício de*

perspectivismo, de olhar os diversos pontos de vista e sentidos que operam nessas situações.

A rua precisa ser reconhecida e incluída pelas equipes como um dos recursos a serem trabalhados, como território existencial de muitos usuários, lugar onde as existências atuam e se produzem como redes vivas (GOMES, MERHY, 2014). Portanto, é necessário problematizar essas ofertas excessivas dentro dos muros institucionais, mesmo sendo estes serviços territoriais e, abrir novos canais de comunicação, não apenas de diálogo ou exclusivamente com a rede intersetorial que já conhecemos, mas também estabelecer parcerias e trocas com outros grupos que tem direcionado o seu fazer profissional para aqueles que estão na rua e são marcados pelas experiências violentas.

Importante reconhecer que estes mesmos usuários são sujeitos desejantes que apostam em outras formas do viver. No artigo “Os anormais do desejo” falando sobre os desafios e apostas das práticas de cuidado, individual ou coletiva, Merhy (2012) coloca que o desafio atual é a aposta da defesa radical da vida. Afirma que na sociedade civil moderna a diferença, e ser diferente, são percebidos como ameaça e perigo. No entanto, na prática de cuidado em saúde é a diferença do outro que enriquece as possibilidades de produção de vida, que potencializa a produção de cuidado. Hoje vivemos em uma nova conformação da ideia de anormal, na qual o autor chama de os “anormais do desejo”. Estes compõem os grupos que possuem práticas desejantes que a sociedade não apenas rejeita, mas criminaliza e constrói práticas de punição refinadas (Merhy, 2012)

Para Merhy é preciso reconhecer que os usuários de drogas ilícitas são seres desejantes que apostam em outras formas do viver, para que possamos possibilitar os encontros e práticas que permitam novos sentidos para a vida – do usuário e do trabalhador. Não podemos negar que são seres desejantes, bem como não podemos criminalizá-los por conta de seus desejos (em relação ao uso de drogas). É preciso estar atento para não nos autorizarmos a criar práticas mini-fascistas, de culpabilização e de punição (expulsões, desligamentos e transferências inadequadas) e também não vitimizá-los por esses desejos. Como citamos anteriormente, não podemos perder de vista a ideia central da aposta no sujeito: seu protagonismo e sua responsabilização não solitária.

Lidar com situações de violência requer uma equipe disposta a olhar e escutar. Para nós, escutar é algo que vai mais além da possibilidade auditiva de cada um. “Escutar, no sentido aqui discutido, significa a disponibilidade permanente por parte do sujeito que escuta para a abertura à fala do outro, ao gesto do outro, às diferenças do outro (FREIRE, 1996, p. 119)”, de afetação ao outro, ao diferente de nós. As situações que são atravessadas pela violência são extenuantes e exigem escuta qualificada e olhar atento, não apenas direcionada aos usuários, mas aos demais profissionais que compõem a equipe. A ideia é ampliar o olhar e a escuta a fim de tornar possível e aumentar o número de alternativas que a complexidade da vida dos usuários traz, a fim de invadir nossas maneiras de compreender o sofrimento, para além do processo saúde-doença, mas como um processo de produção incessante de vida. Isso

requer que o usuário seja colocado por nós “em outro lugar, em outra posição: a de agente ativo na produção de sua saúde e no encontro com os trabalhadores de saúde” (FEUERWERKER, GOMES, MERHY, 2010, p. 12). Outro lugar de modo a ofertar um novo tipo de cuidado, diferente do dominante que é entrelaçado no combate às drogas e que possui como marca a simplificação e a precariedade do pensamento. Faz-se necessário olhar a partir de outras perspectivas e, por conseguinte, tecer e sustentar outras narrativas que são invisibilizadas (SILVA, 2014). Assim, o trabalho ao se colocar a serviço da produção da diferença, também é mediador daquilo que ocorre no CAPS AD III, possibilitando que as respostas violentas (e suas consequências) sejam colocadas no tratamento do usuário, de forma que os recursos sejam ampliados não somente no local de tratamento, mas, principalmente, nos demais espaços de convívio social. Busca-se, assim, um cuidado que caiba na vida, que entenda o conceito de saúde em toda a sua complexidade, em que se tenham diferenças na repetição violenta, que criem possibilidades múltiplas de ser e existir no mundo, mais abrangentes, largas e livres.

Para tanto, é necessário reconhecer que nossas formações de origem não garantem um saber suficiente para lidar com processos de cuidado atravessados pela violência. É neste ponto que trazemos as contribuições dos estudos de Paulo Eduardo Xavier Mendonça (2008), ao convidar a enxergar a possibilidade de força na fraqueza por meio do conceito de “força fraca”, discutido por ele em sua tese de doutorado. Mendonça coloca que chegar com abertura para o outro é chegar “fraco” no encontro, para que a potência do

encontro em si seja disparadora de acontecimentos não dados, de saberes não sabidos, de relações não previstas. Na contramão, quando chegamos fortes, estabelecemos uma relação que não inclui a diferença, colocamos o usuário como objeto e não como sujeito, alguém que sabe pouco de si e que precisa ser governado, principalmente diante de situações de violências nas quais os profissionais precisam deixar tudo em ordem. Nestes encontros assimétricos a “assimetria não provém do fato de não incluir a diferença, mas de transformar as diferenças em desigualdades de saber e de formas de vidas, onde há uma propriedade exclusiva de certo saber de alguns em relação aos outros” (MERHY et al, 2014). Embora seus modos de existência se apresentem carregados de tensões e problemas, não devem ser diminuídos ou ignorados, mas recolocados no centro do processo de cuidado.

O que queremos trazer de contribuição à clínica e ao cuidado nesta vinheta é o reconhecimento de que a nossa fraqueza, a fraqueza dos nossos saberes pode colocar a dimensão da potência existente nos processos de cuidado que se instauram no encontro com o outro, do profissional com o usuário e entre os diversos profissionais, produzindo mais vida em cada um. Em tempos de intolerâncias das mais diversas ordens é um grande desafio ofertar um cuidado que requer cotidianamente o desembrutecimento do olhar, a vulnerabilização ao outro, o abrir-se à redescoberta de si no outro, o afetar-se pela presença do outro, do não saber, do chegar fraco no encontro.

O desafio é ainda maior ao considerar que não só é valorizado, mas, colocado como central aquilo que, em nossa

sociedade, é visto como ameaça e perigo: o diferente e a diferença. Como dito acima, na produção de cuidado a diferença é o que enriquece e potencializa os processos de subjetivação de vida. Ao considerar a violência como recurso de linguagem, abre-se um campo para um trabalho possível com essa clientela, A partir do momento que embora com certa posição de estranhamento à violência a identificamos como um recurso a ser trabalhado, e, nos disponibilizamos a incluí-la no processo de cuidado de muitas maneiras possíveis, pequenos desvios que fazem a diferença na vida dessas pessoas passam ser produzidos. Isto é, produção de vida e de qualidade de vida para seres aparentemente não-desejantes.

Em um momento histórico em que grupos sociais meritocratismam a vida, individualizam o problema, culpabilizam o indivíduo por suas escolhas, fraquezas, incertezas e, principalmente, por seus problemas reais e concretos de existência, faz-se necessário resgatar a direção ética de que toda vida vale a pena, não de maneira banal, mas de modo a reafirmar que “o agir em saúde é um posicionar-se sobre o valor da vida do outro e que ela vale a pena ser intensamente vivida, como qualquer vida” (MERHY et al, 2014, p.11).

Vinheta 2: A violência como recurso de sobrevivência e resistência

A violência enquanto laço

A violência não é a mesma de um período a outro, nem de um local para o outro. Essa temática é vista, nesse

trabalho, a partir de diferentes vetores de modo a refletir sobre distintos sentidos para a violência. Nessa vinheta a violência é percebida como constitutiva do próprio modo de andar e de gerir a vida. É algo não apenas estranho, beira o insuportável para nós profissionais, mas é preciso olhar de perto e perceber que muitas vezes se coloca como o recurso pelo qual a maioria dos usuários que acompanhamos mantém-se vivos. A violência atravessa nossas relações sociais o tempo todo, ao tomá-la de forma mais ampliada, pode-se perceber que ela não aparece apenas em formas de agressões físicas, mas também sob a forma de ameaças, coação, silenciamento de desejos e corpos, dentre outras. Pode-se afirmar que no cotidiano sofremos e fazemos outros sofrer pequenas atitudes de violência.

As relações e a vida de muitos dos usuários do CAPS AD III foram gestadas a partir da violência, desde as relações familiares, as relações no território, passando por aquelas relacionadas ao mercado de drogas ilícitas, estejam incluídos nele de maneira direta ou indireta (vivendo em territórios dominados pelo tráfico ou pelas milícias). Sem contar as formas de se relacionar para sobreviver à rua. A violência é recurso de sobrevivência à própria violência urbana e territorial relatada. Não se trata apenas de “matar para não morrer”, a violência é para alguns usuários modo para sua integração, realização e destaque no cenário da rua. É por meio dela que se faz resistência a toda violência que chega. Não foram poucos os momentos em que se ouvia falar no serviço que o uso da violência física ou verbal na disputa de territórios físicos e existenciais eram determinantes

para se seguir vivo e autorizado a pertencer um determinado local ou grupo.

Quando afirmamos que a violência faz parte da vida dos usuários do serviço não queremos dizer de forma superficial que são violentos e sofrem violência. A violência é o meio pelo qual tais sujeitos conseguem estabelecer meios de sobrevivência às dificuldades, às violências vividas e às durezas da vida de uma maneira geral. A violência não é apenas nó, é laço. Laço este que às vezes fica difícil de ser suportado e a tendência é buscar o rompimento.

De certo, há muitas relações poderosas, prazerosas e de cuidados criadas na rua, pela rua e com a rua – sabemos delas! Mas a realidade que vimos e ouvimos pelos usuários do CAPS AD III que tratamos aqui é a de que a sobrevivência às ruas requer desenvoltura que atravessa e é atravessada pela violência. A experiência nos mostra, em suas diversas nuances, que a violência está presente cotidianamente em nossas vidas e de maneira alarmante em alguns territórios, onde a exploração e a desigualdade social saltam aos olhos.

A violência pode surgir como resposta ao tratamento, como pedido de ajuda e às vezes como forma de sobreviver aos nossos desejos enquanto profissionais. Quando o projeto terapêutico singular vira “sutura” e não “costura”, isto é, quando criamos projetos rígidos que tem a pretensão de serem projetos de vida, criados por nós para serem seguidos pelos usuários, há uma amarração difícil para este laço. Neste caso, não há possibilidade de alinhar caminhos possíveis que possam ser reinventados, há

“sutura”, algo dado, acabado, que não cabe mais nenhuma outra linha. Além disso, em outro vetor de análise, compreendemos as manifestações violentas como forma de suportar os seus próprios desejos, supostamente paradoxais, que vão surgindo ao longo do acompanhamento: quero me cuidar, mas não quero passar por tudo isso sozinho; quero me cuidar, mas não quero reconhecer que também sou responsável pelo que vivo.

A insuportabilidade nem sempre é dita por meio da linguagem oral, e, aparece porque há laço com o local de tratamento. O usuário retorna até ali, testando nossos limites pessoais e também os institucionais, buscando buracos para repetir cenas que já ocorreram antes em sua vida: expulsão, agressão, ruptura. Como colocado na vinheta anterior, em muitos casos os usuários possuem a própria violência como linguagem e a fala que não aparece mostra-se pelo comportamento errante, disruptivo. Tais situações só ocorrem nesses locais porque há vínculo com a instituição e laço com o tratamento e, neste caso, é importante pensarmos nas ofertas realizadas pelos CAPS AD III às pessoas que não possuem acesso a tais ofertas pela via do direito. A fim de lidar com vidas complexas, é preciso realizar novas redes de cuidado para além dos muros institucionais que nos cercam.

Nesse sentido a violência pode emergir não como ruptura, mas justamente porque há um laço possível com o local de tratamento. Sim, há certa repetição na forma de criar laços por meio do uso da violência, mas, é justamente diante dessa tensão que o trabalho e o manejo dessas situações precisam acontecer.

É preciso reconhecer que embora de forma completamente paradoxal, difícil e estranha, muitas vezes, a violência acontece no interior dos serviços porque há um laço desses pacientes com aquele espaço, com aquela equipe. Dessa forma, reconhecer esse laço, por mais estranho que possa parecer, traz uma abertura para que as equipes possam inserir essa percepção no processo de cuidado e, junto ao usuário, buscar novos meandros e possibilidades diferentes que não passem pela violência. A aposta é que ao incluir esse reconhecimento da violência como laço e não apenas como nó, que traz apenas embaraço e imobilização, outras produções de sentido e de vida podem ser construídas.

Vinheta 3: As pequenas violências no processo de trabalho

“Eu não concordo, eu me retiro”

Na terceira e última vinheta propomos repensar as relações estabelecidas no trabalho coletivo, em equipe multiprofissional, trazendo o atravessamento da violência no processo de trabalho, considerando-a como estratégia de linguagem, sobrevivência e resistência, agora dos profissionais. A proposta é pensar as pequenas violências que se estabelecem uns com os outros no cotidiano dos processos de trabalho, de que forma estabelecemos tais relações e de que maneira podemos repensá-las. A violência entre os membros de uma equipe não é algo exclusivo dos CAPS ou da saúde mental. É algo presente de forma frequente no trabalho que se propõe coletivo, justamente pelo exercício delicado que

todo coletivo impõe, ou seja, o da construção e sustentação de direções de trabalho comuns a partir das diferenças de pensar, sentir e agir de si e dos outros.

Acreditamos que essa violência não é proposital e nem sempre percebida. As equipes, cotidianamente, cometem simplórios atos de violência entre si. O principal e quase imperceptível é aquele que se refere às discordâncias de direções do trabalho. E, de forma geral, quem não concorda nem sempre se coloca disposto a repensar uma nova alternativa – “eu não concordo, eu me retiro”. A aposta no trabalho em equipe multiprofissional busca romper com o processo de especialização no trabalho, onde a equipe, composta por diversos profissionais com distintas áreas de formação, atravessados por suas experiências individuais e coletivas, busca acompanhar os usuários do serviço de maneira integral, ampliada, compondo direções comuns de cuidado.

Nos CAPS existe a função do técnico de referência, que pode ser exercida por qualquer um dos profissionais que compõem as equipes, independentemente de sua categoria profissional e formação. Tal concepção tem como um de seus fundamentos a proposta de um cuidado compartilhado e centrado no sujeito. A ideia de designar um técnico de referência é de estabelecer alguém que possa direcionar o atendimento ao usuário, alguém que esteja mais próximo e possa ser ponte entre o usuário e a equipe, a fim de que, sendo alguém mais próximo ao usuário, possa subsidiar o cuidado compartilhado com equipe, de maneira a tecer as redes necessárias a este cuidado. A função

de técnico de referência faz com que os profissionais deixem de se “responsabilizar por setores, ou alas, como haviam aprendido a fazer e como efetivamente acomodavam seus trabalhos há anos, para serem a referência de algumas pessoas” (MIRANDA, 2005, p.2).

Contudo, não raro, diante de diferentes pontos de vistas sobre como deve ser construída uma direção de tratamento, é comum relatos de profissionais que se sentem desautorizados de seu fazer profissional. Esses sentimentos parecem ter uma ligação com o fato de levar ao “pé da letra” a organização do cuidado exclusivamente a partir do técnico de referência, como se essa função estabelecesse um saber onipotente de um profissional sobre um usuário e sobre os demais membros da equipe. A função do técnico de referência parece ser confundida com a única pessoa que deve saber exatamente o que fazer, alguém que possui o saber sobre determinada direção de tratamento e que vai repassar aos outros o que estes devem saber e fazer. De forma recorrente esses sentimentos de não reconhecimento do trabalho pensado e realizado são responsáveis por causar não apenas adoecimento e mal-estar na equipe, prejudicam o próprio acompanhamento dos usuários posto que despotencializam o próprio fazer coletivo.

Há perda de potência, silenciamento, aumento de ruído e tensão entre as equipes quando essas diferenças não são colocadas e trabalhadas nos espaços coletivos ou de trocas entre os profissionais, pois esse silenciamento impossibilita que novas ideias, propostas, direções possam surgir. Mais ainda, a potência coletiva é retirada quando o companheiro de equipe é desautorizado por pensar de maneira diferente ou mesmo contrária. A diferença do outro

potencializa o processo de cuidado ali no encontro com o usuário, mas, estranhamente (ou seria humanamente?) é esquecida quando falamos de muitos coletivos de profissionais. Esse processo, muitas vezes velado, de desautorização de si e do outro, do não reconhecimento do saber e das especificidades de cada um dos profissionais, se não tomados em análise como motor fundantes dos processos de trabalho e da dimensão do cuidado produzida nessas equipes, contribuem com o próprio entendimento enviesado do que é ser técnico de referência, abrindo espaço para as pequenas violências no fazer profissional.

Assim, o peso e sobrecarga que é dado ao papel de referência de casos podem ser minimizadas quando essas questões são trabalhadas nas reuniões técnicas e de supervisão clínico-institucional como instrumento de suporte para o desenvolvimento do trabalho, entendendo a figura do supervisor clínico institucional como alguém que não possui uma supervisão ou super-poder, mas que com um olhar *estrangeiro-nativo*, aposta na direção ético-política, técnico-operativa e teórico-metodológica da equipe. Um trabalho que contribua para que as dificuldades inerentes das construções coletivas possam ser percebidas, que seja um facilitador de zonas de visibilidade, que coloquem na roda as disputas clínicas e institucionais, as diferentes formas de entender os sentidos de cuidar, tratar, trabalhar em um serviço público de saúde mental que deve operar por meio dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Além disso, é importante que haja sempre a aposta de que na diferença é possível construir certas direções comuns na medida

em que se constituem como elemento imprescindível para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe, ainda que as ideias não sejam iguais, o que aponta à possibilidade do desenvolvimento de uma prática dialógica e comunicativa.

As reuniões de equipe e supervisões clínico institucionais fazem parte da divisão de tarefas obrigatórias, mas não devem ser vistas e vividas de maneira técnica e burocrática. Esses espaços podem vir a ser espaços potentes e imprescindíveis para o exercício da interprofissionalidade e das decisões coletivas. São espaços possíveis para compartilhamento das dificuldades que surgem ao longo do processo de cuidado, colocando mais vida e mais alegria no trabalho a partir do momento em que, coletivamente, os profissionais se apoiam e colocam-se disponíveis uns aos outros.

Alguns pontos de ancoragem

Entendendo que a prática repressora é contraproducente à própria produção de vida e desvios, buscamos ao longo desse texto repensar a violência não como algo que precisa ser reprimido por si só, mas como algo que possui sentidos que ainda precisam ser descortinados. Assim, procuramos trazer para o debate o tema da violência como o exercício de recursos possíveis, seja de linguagem, de sobrevivência e ou de resistência. A intenção com essa reflexão não foi a de naturalizá-la ou banalizá-la, mas fazer um convite à reflexão sobre quais os sentidos podem estar em jogo diante de sua emergência nos serviços de saúde e o que

é possível ser feito com essas situações de forma a continuar a produzir outras vias de acesso a essas clientela nas redes de cuidado - aqui pensado para os CAPS AD III e demais serviços que buscam cuidar de usuários graves de álcool e outras drogas.

A nossa aposta com essas reflexões é reafirmar a valorização do trabalho coletivo e a defesa radical da vida humana, mesmo enxergando e reconhecendo que suas formas causam, também, horror. Buscamos compreender a violência em suas múltiplas facetas que não aquelas da naturalização e/ou romantização, uma vez que essas compreensões não só impossibilitam a produção de desvios e de diferença, como a perpetua. Ao compreender e reconhecer essas situações de violência de forma não naturalizada, mas de maneira ampla e complexa, o trabalho pode ser disparador de cuidado em saúde pública a clientela historicamente estigmatizadas.

Esperamos poder contribuir com novas discussões e estudos que explorem estratégias de cuidado e enfrentamento da violência que não àqueles relacionadas somente ao seu combate/erradicação, mas que articulem as dinâmicas sociais que engendram suas várias facetas, adotando perspectiva de inclusão de múltiplos conhecimentos e experiências, de modo a propulsionar avanços no campo, buscando o fortalecimento de políticas públicas acessíveis, cuidadosas e não excludentes.

Bibliografia

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. *Rev.Bras.Educ.* n.19, 2002.
 BUCHER, R.; OLIVEIRA, S. O discurso do “combate às drogas” e suas

- ideologias. *Rev. Saúde Pública*, v.28, n.2, p.137-145, 1994.
- CECCIM, R.B.; MERHY, E.E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.13, supl.1, p.531-42, 2009.
- FEUERWERKER, L.C.M.; GOMES, M.P.C; MERHY, E.E.; Da repetição a diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: RAMOS, V.; FRANCO, T.B. (org) *Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 2009.
- GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (Org.). *Pesquisadores In-Mundo: Um estudo da produção do acesso e barreira em Saúde Mental*. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.
- GUARESCHI, N. M. F, WEBER, A, COMUNELLO, L. N e NARDINI, M. *Discussões sobre violência: trabalhando a produção de sentidos*. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2006.
- KRUG, E. G. et al. (Org.). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.
- MENDONÇA P. E. X. *Sem Soberania: gestão solidária e força fraca para cuidar de vidas fracas*. Tese de doutorado. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2015.
- MERHY, E. *Anormais do desejo: os novos não-humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua*; Texto produzido para o Conselho Federal de Psicologia, 2012.
- MERHY, E. ; CERQUEIRA, M. P. C; SILVA, E.; SANTOS, M. de F.L; CRUZ, K. T; FRANCO, T. B. *Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde in revista divulgação em saúde para debate, Redes de atenção a saúde construindo o cuidado integral*, n 52, 2014.
- MINAYO, M. C. S. *Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz - Violência na Saúde*, Rio de Janeiro: EAD/ENSP, p. 14-35, 2007.
- MIRANDA, L. *Projeto terapêutico*. Campinas. 2005.
- RAMMINGER, T; SILVA, M. orgs. *Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas. Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde*. Editora Rede Unida, 1ª edição, Porto Alegre, 2014.
- _____. SILVA, Flávia Fernando Lima Silva. *Afirmar a clínica com pessoas que usam drogas desde um lugar de resistência*, p.119-132, 2014.

Marcas violentas de uma cartografia coletiva em uma ocupação urbana: Flores do Campo em Londrina (PR)

Autores

Maira Sayuri Sakay Bortoletto

Professora adjunta, Vice coordenadora da Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina. E-mail: mairuska@gmail.com

Stela Mari dos Santos

Graduanda de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. E-mail: stelapitz@hotmail.com

Gabriel Pinheiro Elias

Graduando de Psicologia, Universidade Norte do Paraná. E-mail: gabrielpinheiroelias@hotmail.com

Gabriel Pansardi Ruiz

Jornalista, mestrando em Comunicação, Universidade Estadual de Londrina. E-mail: mandamailproruiz@gmail.com

Rossana Staevie Baduy

Professora adjunta aposentada, Universidade Estadual de Londrina. E-mail: robaduy@gmail.com

Sumário

A falta de habitação é problema complexo no Brasil. Cerca de sete milhões de famílias não possuem casa própria. Em Londrina, um empreendimento da Minha Casa Minha Vida, com as obras paradas, foi ocupado por famílias sem moradia. A partir daí essas pessoas foram combatidas. Destaque para a grande mídia que retratava essa ação como criminosa denominando-os de invasores, além do descaso do poder executivo. Em resposta, diversos movimentos sociais se somaram para apoiar o pedido de construção de um contraponto na mídia que os representasse e que mudasse a forma como eram vistos socialmente.

Palavras chave

Violência, habitação, território ocupado; comunicação.

Marcas violentas de uma cartografia coletiva em uma ocupação urbana: Flores do Campo em Londrina (PR)

Maira Sayuri Sakay Bortoletto

Stela Mari dos Santos

Gabriel Pinheiro Elias

Gabriel Pansardi Ruiz

Rossana Staevie Baduy

Rossana Staevie Baduy

Se você tivesse que sair de casa para outro lugar, teria para onde ir? Para muitas pessoas e famílias brasileiras, deixar o local onde moram, significa, muitas vezes, ir para a rua; ou seguir para cortiços, ocupações e outros espaços precários de moradia.

No Brasil, há aproximadamente 6,9 milhões de famílias sem casa e seis milhões de imóveis vazios, segundo reportagem da BBC Brasil²⁵. Já um estudo²⁶ realizado pela Fundação Getúlio Vargas (FGV), com base em dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2015, o déficit habitacional chega a 7,7 milhões. Desse montante, de acordo com números da Companhia de Habitação de Londrina (COHAB-LD)²⁷, de março de 2018, havia em Londrina, 68.903 habitantes cadastrados no programa²⁸, dos quais 57.204 são classificados como sem-teto.

25 Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-44028774>. Acesso em: 21/08/2018.

26 Matéria do site Valor Econômico traz os dados indicados: <https://www.valor.com.br/brasil/5498629/deficit-de-moradias-no-pais-ja-chega-77-milhoes>. Acesso em: 21/08/2018.

27 Essa informação foi repassada pela COHAB-LD por meio de um cadastro disponível no site da Companhia (RUIZ, 2018, p. 12).

28 Estima-se, porém, que esse número seja bastante superior, uma vez que para se cadastrar na COHAB-LD é preciso apresentar documentação que nem todas as pessoas dispõem, inclusive da

Só os números, no entanto, não demonstram como é viver sem a dignidade de ter um lar.

Em Londrina, o bairro Jardim Flores do Campo - uma área onde estava sendo construído um empreendimento do Programa Minha Casa, Minha Vida (MCMV), inicialmente sem vínculo com nenhum movimento social organizado, foi ocupado por pessoas que se reuniram e se articularam presencialmente e em um grupo utilizando um aplicativo de celular utilizado para troca mensagens (*Whatsapp*), de forma espontânea. A ocupação do terreno ocorreu nas primeiras horas do dia 02 de outubro de 2016: a população se mobilizou de forma numerosa ainda de madrugada e adentrou as casas, entrando para a história como a primeira ocupação urbana de um projeto do Programa MCMV em Londrina. Assim que o empreendimento foi ocupado, a notícia se espalhou, muitas outras famílias chegaram ao local: cidadãos que aguardam há anos na lista de espera de programas municipais de habitação; sobrevivendo de favor em casa de parente; debaixo de viadutos; ou sob o ônus de aluguel, já “enforcados”, sem dinheiro para pagar as despesas. Os relatos sobre a situação precária em que as famílias viviam anteriormente são diversos.

Apesar da ocupação coletiva ter sido realizada de modo combinado, algumas das casas possivelmente já estavam em processo de ocupação, conforme relatos que obtivemos com os moradores e a partir de informações dispostas na petição inicial dos advogados da Caixa Econômica Federal (CEF),

proprietária do terreno, que data de setembro de 2016: “foram constatadas anotações de nomes nas unidades habitacionais de prováveis invasores” (RUIZ, 2018, p. 127). O documento jurídico apresenta também uma série de constatações sobre atrasos nas obras e não cumprimento de prazos, datas de repasses de recursos, greve de funcionários contratados, uso de materiais de má qualidade, falência, entre outros dados, revelando diversas disparidades e irregularidades desde o princípio na execução do empreendimento.

Ademais, foi com base nesta petição que transcorreu a primeira decisão judicial proibindo, por meio de uma liminar, qualquer tipo de “invasão das terras”, que pudesse ser realizada por “perturbadores não identificados” (RUIZ, 2018, p. 127). Mas, era tarde demais. O grupo de ocupantes já estava com a ideia alinhada e pronta para entrar no Flores do Campo.

No dia que de fato a ocupação aconteceu, de um lado, em terra firme, tudo parecia fluir conforme o planejado: lá estavam centenas de famílias ocupando casas e transitando no terreno. Por outro lado, e concomitantemente, fotos, vídeos e relatos eram compartilhados por meio do *Whatsapp* alastrando a notícia pela internet. Embora não fosse uma *fake news*, que se espalha rapidamente, imediatamente inúmeras pessoas receberam a corrente e cada vez mais gente de todas as regiões da cidade se aglomeravam no Jardim Flores do Campo. Não tinha mais volta.

Meses depois, conhecemos a ocupação do Flores do Campos

Em meados de 2017, a partir da atuação do Movimento dos Artistas de Rua de Londrina (MARL)²⁹, do núcleo de Londrina da Consulta Popular³⁰ e do Observatório Microvetorial de Políticas Públicas e Educação em Saúde – UEL/Londrina³¹, um grupo de pessoas envolveu-se diretamente com os moradores da ocupação Flores do Campo. Naquele momento, a ocupação estava sob ataque e na mira dos meios de informação locais e os moradores amedrontados, em função de recorrentes investidas hostis da Polícia Militar (PM).

Pairava nessa cena um pedido de ajuda que chegava por diversos movimentos. Diante deste contexto, este grupo formado por oito pessoas que participavam dos espaços de organização citados, MARL, Consulta Popular e Observatório Microvetorial, se aglutinou para fomentar um projeto de oficinas de comunicação. O intuito geral foi fazer com que os próprios moradores se expressassem, falassem por si, respondendo,

29 O Movimento dos Artistas de Rua de Londrina surgiu com o objetivo de reunir artistas de todas as áreas que desenvolvem o seu trabalho em espaços públicos. O movimento visa estimular discussões artísticas e políticas referentes, principalmente, à cidade de Londrina, possibilitar a troca de informações e experiências, solidificar parcerias a fim de promover ações político-culturais e garantir o intercâmbio entre os artistas londrinenses e movimentos culturais brasileiros. Disponível em: <http://movimentodosartistasderuadelondrina.blogspot.com.br>. Acesso em: 10.05.2018.

30 Organização surgida em 1997 e impulsionada por integrantes de movimentos sociais, como o Movimento dos Sem Terra (MST), Movimento dos Atingidos por Barragens (MAB), Levante Popular da Juventude, entre outros. A principal proposta da Consulta Popular é realizar trabalhos de base e construir um Projeto Popular para o Brasil. Disponível em: <http://www.consultapopular.org.br/>. Acesso em: 18.jun.2018.

31 Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde da UEL - Londrina compõe a rede de Observatórios criada a partir da Chamada MCTI/CNPq/CTSaúde/MS/SCITE/Decit No 41/2013 - Rede Nacional de pesquisas sobre Política de Saúde: Conhecimento para Efetivação do Direito Universal à Saúde. Em 2016 foi criada a unidade na UEL - Londrina.

comunicando e até mesmo se protegendo de possíveis abusos. Quando conversamos com os moradores durante uma assembleia na própria ocupação, em julho de 2017, pactuamos a proposta e, ainda neste mesmo mês, no dia 27, iniciamos o processo colocando em prática a primeira de nove oficinas realizadas até dezembro de 2017. Foi assim que adentramos neste terreno super movediço e sedutor.

Quando chegamos à ocupação Flores do Campo (Figura 1) nos deparamos com as casas, o barro vermelho, as ruas de terra, uma ilha na extrema zona norte de Londrina, sem rede de luz, água, esgoto e transporte público. A sensação é que, a princípio, é um lugar esquecido; esquecido pelo Estado e pelo resto da população.



Figura 1 - Bairro Jardim Flores do Campo.

Fonte: Grupo de Comunicação e página da Ocupação Flores do Campo no Facebook.³²

Além disso, a mídia tradicional impõe uma narrativa de desqualificação e criminalização daquele espaço. A população de

32 <https://www.facebook.com/OcupaFloresDoCampo/>

fora (e de dentro) passa a reproduzir que ali só mora vagabundo, que só tem bandido. Estratégias violentas da grande mídia que estimulam, em defesa do interesse de um pequeno grupo da sociedade, a exclusão e a discriminação contra os ocupantes. Sentimos, junto com os moradores, uma espécie de mídia-mecanismo em prol de alguns interesses do modelo neoliberal contemporâneo que operam cotidianamente nesse espaço.

No começo fomos conhecer, sem pensar muito sobre os efeitos que essa vivência nos causaria, mas com um agenciador constante, “tamo junto”, alguns companheiros foram primeiro, e aí foram chamando outros, até que formamos um grupo que estava presente na ocupação semanalmente.

Os moradores estavam sempre abertos a receber pessoas de fora e os denominavam como “apoiadores”. Em alguns momentos éramos vistos como “estrangeiros” que, pelas nossas marcas, lembrava um certo tipo de ação utilitarista ou de turismo na ocupação; e não era assim que queríamos viver esta experiência. Desconforto que tivemos que lidar junto com os ocupantes.

Vários outros coletivos foram dialogar com os moradores do Flores do Campo, ofertando ideias e ações. Alguns movimentos ligados a igrejas se aproximaram bastante numa abordagem filantrópica à ocupação.

Nosso coletivo estava agenciado por algo... uma implicação? Um desejo de lutar junto? Um querer estar lá e participar? Atuar “no junto”? Enfim, um desejo. Vimos a oportunidade de estarmos mais próximos quando, em um encontro, os moradores disseram que gostariam de mudar a forma como eram vistos, já que a

tradicional mídia os desqualificava. A partir daí, construímos a ideia das oficinas de comunicação para desenvolver uma ferramenta de comunicação alternativa e própria dos ocupantes.

Oficinas de comunicação: aproximações, demandas, afetos e mais violências

Em algumas situações a frequência da participação nas oficinas foi maior, dependendo do momento vivido na ocupação; havia ensejos mais tensos, como quando pairavam supostas notícias sobre a reintegração de posse do terreno. Fomos nos implicando, pensando junto, vivendo as flores do campo. Diversas foram as cenas que experienciamos, como se a nossa existência com os moradores trouxesse à tona um novo nós e um novo eles. A narrativa abaixo conta um pouco sobre as marcas destes momentos:

Um dos encontros anunciava um cinema. Peguei dois panfletos que o comunicavam para ir colar na vendinha da esquina lá em um poste. O jovem líder perguntou se eu queria que ele me acompanhasse – “não precisa, valeu”. Queria curtir um pouco a caminhada, o vento de lá tem uma ótima voz. Ao chegar à vendinha, anunciei o cinema pra atendente e aos dois homens que estavam trocando uma ideia por lá – adoraram, deram maior apoio e ofereceram até mesmo auxílio técnico pra colar no poste: “passe a fita dessa forma, pra que não saia com o vento e todo mundo possa ver”. Enquanto eu pregava, apreensão: ao horizonte da rua, vinha uma

viatura da ROTAM [Rondas Ostensivas Tático Móvel]. E por que eu ficaria apreensivo com isso? Por que foi incrível como o clima mudou. As pessoas cochichavam entre elas, por todos os cantos e janelas, consternadas. A viatura passou por mim, que estava colando o panfleto, homens de fuzil, e logo dobrou a esquina, rua abaixo (relato de um dos autores).

No meio das incursões, muitas coisas se atravessavam, construíamos as oficinas de comunicação, mas ao mesmo tempo havia o pedido de ajuda com a prova do Encceja (Exame Nacional para Certificação de Competências de Jovens e Adultos). Uma das companheiras sugeriu estimular e divulgar a realização da prova. Até aí parece simples, divulgar, pegar os documentos e fazer a inscrição pela internet. Mas que internet? Documento? Nem todo mundo tem. E no meio de uma dessas constatações ouvimos: “você acham que trabalhar com gente é assim? Vem, dão a esperança e vão embora?” Olha aí o estrangeiro de novo! Eita. Que lambada, a violência não é apenas da grande mídia, do capital, a gente mobiliza violência no outro também, ativa marcas intensas. Percebemos, nesse ensejo, certa relação assimétrica que gerou sofrimento em ambos, tanto aquele que queria participar, como aquele que queria ser incluído. Vivemos isso em vários espaços quando buscamos estabelecer relações cuidadosas, mas que nesse momento exprimiam uma agudização de nossas diferenças, mesmo que não intencionalmente, pelas diferenças das experiências de vida

(SEIXAS, BADUY, BORTOLETTO, et al., 2016).

Respira, se reorganiza e pactua novas propostas. Mas é claro, essa não foi a única lambada que iríamos passar. Nessa onda de Encceja, propusemos um cursinho no Flores, outras pessoas se envolveram e passaram a ofertar aulas, à noite e de manhã. As aulas eram alternadas, mas fluídas, alguns dias vinham muitos moradores, outros não; tentavam se organizar como possível, conciliando trabalhos, afazeres, filhos... Nas aulas era como se aquele momento significasse preciosidade, tanto para quem estava como aluno, como para quem se aventurava como professor. A troca era intensa (Figura 2).



Figura 2 - Entrada do barracão que aconteciam as aulas do cursinho.
Foto: Jaqueline Vieira. Fonte: Grupo de Comunicação.

Em paralelo, ou melhor, atravessando essas atividades, e em alguns momentos “aquecendo” os espaços, pairava ali toda a

violência do Estado com os moradores. Policiamento pesado, a visita das viaturas e dos helicópteros eram frequentes. Ali, como em muitas outras partes da cidade, o tráfico também coabitava. Tínhamos uma sensação ruim gerada por tantas situações agressivas, mas que em nós apoiadores (que em certa medida nos sentíamos também ocupantes) ampliava o desejo de produzir estes encontros em nossas oficinas de comunicação. Questionávamos: a quem interessa essa abordagem policial agressiva? Eram famílias, pessoas sozinhas, trabalhadores, desempregados, eram pessoas como todos nós. Sentíamos que havia ali uma disputa em dizer que nem toda vida vale da mesma forma (MERHY, 2018).

Então, atravessados por essas violências, fomos delineando as oficinas. Nos primeiros encontros conversamos muito sobre outras ocupações, sobre o direito de ocupar e não ser crime e, durante os movimentos e as lutas conhecemos várias ocupações. Depois, ganha força o debate sobre o que queriam que fosse mostrado sobre a ocupação, e como. O propósito era confeccionar novas narrativas alternativas às que estavam sendo produzidas pela mídia hegemônica que, de um modo geral, estigmatizava-os no lugar da criminalidade.

Em uma das primeiras oficinas começamos a montar uma página de uma rede social (*Facebook*), entendida como o meio de comunicação que poderia ter um bom alcance (dentro e fora da ocupação) e que seria mais fácil de ser operado, uma vez que moradores já possuíam algum conhecimento sobre a rede social. Coletivamente, em uma tarde de oficina criamos a página, a descrição, colocamos foto de capa, foto de perfil, enviamos convites

para todo mundo curtir e fizemos a primeira publicação.

Inicialmente as publicações eram feitas principalmente pelos apoiadores do grupo da comunicação (Figura 3), por isso construímos oficinas com a ideia de promover a autonomia das publicações. Este método é próprio da comunicação popular e comunitária, que tem como característica fomentar práticas participativas, cujos objetivos, entre outros, é estimular a sociabilidade, a identidade do grupo e criar uma força contra-hegemônica no campo comunicacional (MIANI, 2011).



Figura 3 - Encontro dos moradores com o grupo na realização das oficinas de comunicação. Foto: Jaqueline Vieira.

Em um encontro, incentivamos os moradores a tirar fotos dos espaços da ocupação, da creche, do ônibus³³, das casas, da horta comunitária e afins. Na semana seguinte, pegamos

³³ Durante nossa atuação na ocupação, uma linha de ônibus, “Jardim Flores do Campo” foi implementada ao sistema de transporte público da cidade. Outros dados sobre isso podem ser acessados em reportagem do Jornal Brasil de Fato disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2017/09/15/pr-ocupacao-em-londrina-conquista-transporte-publico/>. Acesso em: 08.out.2018.

essas fotos e elaboramos coletivamente a legenda e, então, cada participante publicou uma das fotos legendadas. Esses movimentos, da brincadeira com as fotos, com algumas dicas mais técnicas e depois o legendar, o publicar, ver as curtidas e observar o alcance da publicação reverberou uma potência de autonomia nos moradores, mostrando-se com intensidade em cenas que viriam nas lutas seguintes pela moradia.



Figura 4 - Oficina de comunicação com o tema de técnicas de fotografia.

Foto: Gabriel Ruiz. Fonte: Grupo de Comunicação.

Por fim, a página no Facebook foi uma ferramenta para a produção de novos significados à narrativa midiática que pôde potencializar os moradores naquela situação de vulnerabilidade a partir da participação, além de produzir e expressar seus modos de pensar e agir (MOREIRA, 2016).

Os moradores faziam reuniões periódicas para pautar ações

do movimento, principalmente em momentos críticos quando havia muita pressão para a reintegração. Em uma dessas reuniões, vivenciamos uma invasão policial no bairro onde cerca de dez viaturas entraram violentamente com armas apontadas para todos, xingando moradores e mandando-os entrar para dentro das casas. Houve manifestação dos ocupantes que gritavam para que aquilo parasse: “chega de opressão, basta de violência!”. A cena ainda não havia acabado - eles retornaram... A falta de ar vinha à garganta - desejo de gritar, mas dessa vez a tropa de choque estava presente e o medo de retaliação era maior. Movimentaram-se durante pouco mais de uma hora por toda a comunidade até irem embora³⁴. A sensação era de que aqueles policiais, ali, não eram homens, mas um aparato biológico - carrascos ausentes de sensibilidade humana e excitabilidade nervosa - um carrasco-sobrevivente bem alimentado e de distintivo numa zona entre humano-inumano (PELBART, 2007).

Sáímos todos muito mexidos naquela noite. Por quê? Se o desejo é reintegrar, para que essa ação tão violenta na calada da noite? Por que não uma ação organizada durante o dia que leve as famílias para outro espaço? Por que uma ação que desmoraliza tanto as pessoas que moram lá? Algumas vezes rondava a sensação de que tudo era uma grande engrenagem, a mídia construindo um imaginário de desqualificação sobre as famílias, o anúncio a todo momento sobre a reintegração de posse violenta e agressões como essa. Seria isso?

³⁴ Logo após a saída do Choque, produzimos com uma das moradoras um vídeo denunciando e registrando a hostilidade dos policiais e o sentimento de medo e apreensão. O material está disponível em: <https://www.facebook.com/OcupaFloresDoCampo/videos/123575598301326/>. Acesso em: 08.out.2018

A ocupação da praça em frente à Prefeitura de Londrina

Após essa demonstração gratuita de ódio do Estado, a decisão era que esse movimento iria ocupar na sede do Poder Executivo, um gramado no meio da prefeitura municipal, fórum e Câmara de vereadores e começaria imediatamente. Nunca estivemos tão junto e misturados com os moradores como no gramado. Produzimos em ato ações de disseminação do que era aquela manifestação por meio de redes sociais - o alcance foi incrível e com ampla participação. Vimos e sentimos acontecer ali em ato, a tentativa do controle da vida do outro pelo medo, com a intenção de produzir corpos medrosos nos ocupantes do Flores do Campo, mas que vazou em potência de resistência (PELBART, 2007).

O principal objetivo em ocupar o gramado da prefeitura era pressionar e questionar o poder público sobre o destino das famílias do Flores em caso de reintegração de posse: “afinal, se ocorrer mesmo a reintegração de posse, para onde vão todas essas famílias?”, dizíamos. Foram sete dias de ocupação: barracas, sol escaldante, crianças de várias idades, infraestrutura precária, cozinhar a céu aberto, organizar. Definitivamente nada fácil. Foi um intenso desgaste. Mas também fomos inundados de muitas sensações, um tipo de empoderamento pela possibilidade de debater com o Prefeito Marcelo Belinati, vendo de certa forma algumas respostas, sensação de sermos percebidos e finalmente ocorrer um aprofundamento do debate sobre moradia na cidade. Sentimo-nos interlocutores válidos para pautar algo muito precioso:

o direito à moradia. A tentativa era construir com eles recursos para afirmar um modo próprio de ocupar espaços de moradia.

Nos primeiros dias de ocupação falaram com jornalistas, emissoras de TV e rádio, que finalmente ouviram sem criminalizar os moradores, desta forma foi se dando o debate sobre o alto déficit habitacional na cidade. Novas visibilidades e outras narrativas entravam em cena e disputavam o imaginário no contexto local. Batalhas estavam sendo travadas, decisivas, acontecendo no corpo de cada um e também afetando a nossa forma de vida, fomos nos sentindo, junto com os ocupantes, resistentes e mais potentes. Lembramos neste movimento a fala de Pelbart citando Foucault *quando o poder investe a vida, a resistência se apoia nessa mesma vida que o poder investe* (PELBART, p.5, 2003).



Figura 5 - Ocupação praça em frente à prefeitura de Londrina.

Foto: Ivo Ayres. Fonte: Página da Ocupação Flores do Campo no Facebook.

A movimentação para o gramado foi importante instrumento para pressionar o prefeito a conversar. Sua posição isentava o poder público municipal da responsabilidade com os moradores, jogando a responsabilidade para a Caixa Econômica. Quando se buscava resposta para onde os moradores iriam, a sensação que tínhamos era como num jogo de queda de braço: de um lado os moradores puxando com todas as forças suas existências para resistir e do outro o Poder Executivo prolongava sua resposta. O judiciário também apareceu na cena com decisões de reintegração de posse e teve uma ação, hora coadjuvante, hora de protagonistas da mídia e disputavam a construção de um imaginário negativo sobre as pessoas que moravam no Flores do Campo. Sempre com uma conotação que parecia dizer que aquelas vidas valem menos do que outras, e assim podem ser expulsas e jogadas na rua.

Depois dessa conversa com o prefeito, que reforçou o desinteresse em resolver a situação dos moradores, combinados com o cansaço muito grande e visível, decidiram desocupar o gramado da prefeitura. No último dia aconteceu um ato, com gritos, placas e cartazes fixados no gramado e uma passeio ao redor da praça, marcando a saída dos moradores dali e o retorno para o Flores (Figura 5).

A saída do gramado da prefeitura se deu com um saldo positivo, mesmo com o esperado descaso do prefeito, a mídia alterou a narrativa sobre a ocupação, colocando moradores no centro das notícias; viu a potência e força que ali reside, mostrou para a população londrinense que a temática de habitação é muito mais profunda do que eles mostram cotidianamente.

O nosso afastamento, uma violência para nós!

No clima da saída da prefeitura, a volta ao Flores foi cheia de modificações internas na ocupação. Surgiram novos líderes com outras formas de pensar e também com novas parcerias. Nesses movimentos fomos nos reinventando, trazendo elementos, buscando significações com os moradores ou tentando estar próximos. Mas, nesse momento específico, sentimos que era tempo de dar espaço e não aglomerar neste processo de reorganização. Pouco tempo depois dessas readequações internas e com o fim do ciclo das oficinas de comunicação, fomos construindo certo afastamento. Distanciamento que acabou se configurando como definitivo. Pois logo na sequência ocorreu o pedido do coordenador do projeto, ao qual as oficinas de comunicação se vinculava institucionalmente, para que as ações na ocupação naquele momento fossem suspensas.

Ficou uma certa marca de fechamento forçado da participação tida como a institucionalizada com o término das oficinas, a sensação em nós foi de que “*saímos corrido*”, um sentimento de abandono. Apesar de voltarmos lá, sem vínculos institucionais, não é da mesma forma, parece que não estamos junto com a mesma força que estávamos quando com o vínculo. Ficou uma sensação de que deveríamos continuar e muitas dúvidas: existe um limite da nossa participação? Somos também ocupantes? Ocupantes estrangeiros? Estrangeiros que partilham as mesmas lutas?

Os cenários da ocupação mudam, se transformam, passam por disputas, por tensões, e assim caminha ainda na busca pelo direito da moradia. As negociações com o governo persistem;

pouco melhores do que nas perspectivas passadas. Alguns de nós continuamos acompanhando e participando de maneira ativa das ações na comunidade; e acreditamos que no decorrer das batalhas, quem sabe se houver um novo espaço para os moradores da ocupação do Flores do Campo, retornaremos a experienciar esse convívio com pessoas tão potentes, que deixaram suas marcas em nós. E nós neles.

Referências

- MERHY, E.E. As vistas do ponto de vista, tensão dos programas de saúde da família que pedem medidas. Acesso em: 22 ago 2018. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/artigo_emerson_merhy.pdf.
- MIANI, Rozinaldo. Os pressupostos teóricos da comunicação e sua condição de alternativa política ao monopólio midiático. Intexto, Porto Alegre, UFRGS, v.02, n.25, p.221-223, dez. 2011. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/intexto/article/viewFile/16547/14492>.
- MOREIRA, R. Plataformas digitais: a produção comunitária de novas narrativas alternativas ao discurso hegemônico, como dispositivo de produção de novos sentidos. Projeto de Extensão da Universidade Estadual de Londrina. Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.
- PELBART, P.P. Vida nua, vida besta, uma vida. Trópico, p.1-5, 2007. Disponível em: <http://p.php.uol.com.br/tropico/html/textos/2792,1.shl>. Acesso em: 22 ago. 2007.
- _____. Vida Capital: ensaios de biopolítica. Ed.Iluminuras, 2003.
- RUIZ, G.P. A comunicação popular e comunitária e o midiativismo em ação em uma ocupação urbana: a ocupação Flores do Campo – Londrina (PR). 142. Trabalho de Monografia de Pós Graduação em Comunicação Popular e Comunitária – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.
- SEIXAS, C.T.; BADUY R.S.; BORTOLETTO M.S.S.; et al. Vínculo e responsabilização: como estamos engravidando esses conceitos na produção do cuidado na atenção básica. In: Merhy et al., organizadores. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis Editora, 2016. v. 2, p. 391-407.

Nós



Sabemos o custo de ser um homem no século XXI?

Autores

Patrícia Arès Muzio

Professora titular da Universidade de Havana, Faculdade de Psicologia. Chefe do Setor sobre Estudos da Família Cubana, ex-presidente da Sociedade Cubana de Psicologia. Autora de diversos livros como *Mi Familia es Así*, *Psicologia Familiar*, *Convivência Familiar*. E-mail: patriciaaresmuzio@gmail.com

Paulo Silveira

Organizador do livro “Exercício da Paternidade”, autor do artigo homônimo do livro e diversos outros a respeito desse tema e outros relativos aos direitos humanos. Fundador e membro do movimento “respeito é BOM e eu gosto!” que luta pelos direitos dos portadores de distúrbios psicossociais. E-mail: psilveira@reBOMeg.com.br

Sumário

Qual é o custo para os homens de se enquadrarem nos mandatos culturais atuais de gênero? Os homens têm consciência da opressão gerada pela masculinidade hegemônica?

A identidade masculina baseada em valores heteronormativos é uma roupa velha apertada no corpo de todes⁽¹⁾ nós que impede nossos movimentos na busca de nossas reais satisfações.

Palavras-chave

Feminismo; masculinidade; virilidade; paternidade; exercício da paternidade; custo de ser homem, preço de ser homem.

¹ Vamos usar aqui a terminação “e” quando quisermos nos referir a questões ligadas tanto aos homens quanto as mulheres, não reproduzindo assim padrões ligados a heteronormatividade.

Sabemos o custo de ser um homem no século XXI?

“Ninguém pode estar no mundo, com o mundo e com os outros de forma neutra. Não posso estar no mundo de luvas nas mãos, constando apenas.” (FREIRE:1979)

Patrícia Arès Muzio
Paulo Silveira

Nas últimas décadas o papel da mulher tem sofrido profundas e elogiáveis transformações, ocupando novos espaços (sociais, familiares, afetivos) passando a ser, mais do que nunca, autora de seu destino.

Seu papel histórico, limitado a maternidade e ao lar ao longo de séculos, impediu seu acesso à vida pública, mutilando seu direito à auto realização e ao desenvolvimento de projetos pessoais. Essa estátua nas ruas de Copenhague, capital da Dinamarca, não deixa nenhum de nós esquecer...



Ao compararmos essa estátua da mulher com a célebre estatua do deus grego Atlas sustentando o “mundo”, poderíamos supor que o mundo da mulher se resume às tarefas domésticas e cuidados com suas crias, o que representaria um enorme ônus para ela carregar sozinha tudo isso, assim como o é para Atlas. Mas precisa ser assim, precisamos cada um de nós carregar nossos pesos solitariamente, individualmente?

A estrutura familiar patriarcal estabeleceu uma hierarquia rígida com primazia da autoridade e poder para os homens, subordinando as mulheres aos seus desejos e normas.

Essa realidade histórica, confrontada pelas mudanças que tem ocorrido no papel das mulheres, tem produzido atritos que denunciam as óbvias desigualdades de deveres e oportunidades entre homens e mulheres, ressaltando ainda mais os papéis atribuídos por essa falsa legitimidade cultural histórica.

Índice de Desigualdade de Gênero (2017)

Países	IDH		Expectativa de vida		Média de anos de estudo	
	♀	♂	♀	♂	♀	♂
 Uruguai	0.807	0.796	81	74	9	8.4
 Venezuela	0.762	0.754	78.9	70.8	10.7	10
 Argentina	0.816	0.819	80.4	73	10.1	9.7
 Brasil	0.755	0.761	79.3	72.1	8	7.7
 Paraguai	0.690	0.71	75.5	71.1	8.4	8.3
 Bolívia	0.665	0.716	72.1	67	8.2	9.7

Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD

O mais impressionante é que mesmo a mulher tendo uma média anos de estudos maior que a dos homens, o que de acordo com a ideologia dominante a tornaria mais qualificada para exercerem atividades profissionais, sua renda é 42,7% menor que a dos homens⁽²⁾!

O surgimento dos movimentos feministas tornou essa discussão pública, levando a um debate político de muitos dos problemas atribuídos ao “gênero mulher”, na realidade causados por normas sociais opressoras.

Cuba, sem dúvida, é um expoente, um marco na história da defesa dos direitos das mulheres, reconhecido internacionalmente até mesmo pelos opositores a seu regime político.

A Federação das Mulheres Cubanas (FMC), uma organização que surgiu com a revolução, tem tido (ao longo dos anos de luta pelos direitos da mulher) sua razão de existir, promovendo e desenvolvendo políticas sociais, normas e leis que oportunizem a ocupação de espaços sociais pela mulher, o que não tem caído em “ouvidos surdos”, como demonstram os indicadores de desenvolvimento social de Cuba a respeito da inclusão da mulher na vida pública e profissional cubana, verdadeiramente impressionantes se comparados ao restante da América Latina e Caribe.

Hoje, é cada vez mais presente na cultura cubana a rejeição ao machismo e tudo que o representa como atos de força, violência, opressão, hipercontrole, sendo, imediatamente e fortemente, estigmatizados como chauvinistas.

² <https://www.sul21.com.br/ultimas-noticias/geral/2018/09/renda-das-mulheres-e-427-menor-que-a-dos-homens-diz-pnud/>

Mas não só em Cuba isso tem ocorrido.

Felizmente, ganham força provérbios como “*briga de marido e mulher se mete a colher*” em oposição ao antigo “*briga de marido e mulher não se mete a colher*” estimulando a todos que repudiem, denunciem, atuem em situações onde um homem tente se impor a uma mulher a partir da violência, seja ela física ou não.

A conquista da lei Maria da Penha⁽³⁾ no Brasil, datada de 07 de agosto de 2006, e todos os serviços que dela derivaram é sem dúvida um marco nas relações entre gêneros.

Assim, vem sendo produzida uma gradativa e profunda transformação cultural dando novo significado aos atributos que definam a “masculinidade” e, principalmente, a “virilidade” sem, por outro lado, uma maior reflexão a respeito de tais mudanças, provocadas muito mais pelo repúdio aos valores antigos do que a ambição de construirmos novos paradigmas a esse respeito.

Atualmente, há um grande número de organizações de mulheres em todo o mundo que se reúnem para discutir e debater os problemas relativos a gênero, denunciando socialmente as desigualdades que ainda não foram resolvidas. São inúmeros os eventos que tiveram como cenário a realidade da mulher contemporânea.

Até mesmo em muitas dessas organizações e contextos, as mulheres analisam, debatem e já têm sérias preocupações sobre os problemas dos homens ou do gênero masculino em termos de causas e consequências sociais, mas, como não podia deixar de ser, impregnadas pela perspectiva das mulheres.

Infelizmente, ainda não há sinais, claros / evidentes, de que

os homens se preocupem com seu papel de gênero e suas inúmeras possibilidades de inserções sociais, o que provoca inúmeras distorções, como, por exemplo, a de 2 jovens (ele com 25 anos, negro, estudante faculdade de dança e ela com 21 anos, loira, estudante da faculdade de administração na mesma universidade) que namoraram por 2 anos. Com o início do namoro ela se mudou para o quarto que ele morava no alojamento para estudantes da universidade e passou a fazer aulas na faculdade de dança também e os mesmos cursos avulsos que ele. Com o término do namoro, ela se mudou para o quarto ao lado do dele e menos de 1 mês depois da mudança dela ele foi surpreendido com uma intimação para comparecer à delegacia de proteção da mulher, pois ela havia prestado queixa crime contra ele por de estupro (em uma noite há mais de 1 ano antes de terminarem o namoro e enquanto ela dormia) e agressão física durante uma festa na casa de uma amiga de ambos, sem apresentar nenhuma prova, testemunha ou nada que comprovasse a veracidade do que ela estava afirmando. Pois antes mesmo da denúncia se transformar em ação penal, ainda na fase de inquérito, ele recebeu ordem judicial para se mudar do alojamento que residia e não frequentar o campus universitário, sob pena de ser preso, uma vez que ela pediu medida protetiva contra ele. Quando ele pediu medida protetiva contra ela, pois se sentia efetivamente ameaçado por ela e sua capacidade de delírio, foi informado de que não existia previsão na lei de tal medida, pois ele era o ente forte na relação! Menos de 2 meses depois dele ter se mudado do alojamento, ela também se mudou de volta para a casa da mãe⁽⁴⁾.

Só recentemente surgiram publicações que analisam, do

3 <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/95552/lei-maria-da-penha-lei-11340-06>

4 Esse caso lembra o filme “Atração fatal”, de 1987, <https://g.co/kgs/m7Bhj7>

ponto de vista masculino, quais os problemas / custos de ser homem (PITTIMAN:1990, KAUFMAN:1990) nessa sociedade em permanente transformação.

A incorporação das mulheres ao mercado de trabalho e o acesso à vida pública e social provocaram transformações que até hoje ainda não foram totalmente digeridas por todos nós. Estas mudanças marcam uma diferença substancial entre gerações e é um dos fatores mais significativos na mudança de referências culturais a respeito de como ser mulher, mãe, parceira, gestora de família, obrigando ao homem alterações em seu comportamento em todos os setores, mas principalmente no que diz respeito ao trato com sua família, seus filhos e consigo próprio.

A família patriarcal típica foi agitada com a presença da mulher independente financeiramente, com inserção social e visão de mundo diferentes, promovendo mudanças como as altas taxas de divórcio, as uniões consensuais, mães solteiras (o que expressa a conquista a autodeterminação das mulheres), casamentos homoafetivos.

No entanto, a mudança do homem não tem sido tão visível, houveram, é claro, mas mais silenciosas, mais presentes em atitudes pessoais, internas. A participação do homem nas atividades gestoras do lar, da família, dos filhos ainda é muito aquém do devido, ficando essa participação restrita ainda na “categoria da ajuda a mulher”, como se lavar as louças sujas da casa, cuidar dos filhos não fosse da responsabilidade dos homens, mas apenas uma ajuda às mulheres no cumprimento

das obrigações domésticas “*delas(!)*”.

Muitos homens expressam uma queixa velada que dificilmente é ouvida, uma vez que é feita em voz baixa ou até mesmo como se fosse uma brincadeira: “*qual será o futuro dos homens com as mulheres ganhando cada vez mais espaço na vida pública e ainda se mantendo no controle da casa?*”

Em seu belíssimo artigo “*Contribuições do feminino para o Exercício da Paternidade*” (SILVEIRA:1998), Leila Basterd nos dá uma bela contribuição a respeito de como podemos e devemos compartilhar nossas atividades que anteriormente eram atribuídas a somente um de nós, ao citar, inclusive, versos na canção de Gilberto Gil “*Super-Homem (A Canção)*”⁽⁵⁾.

“Um dia
vivi a ilusão de que ser homem bastaria
que o mundo masculino tudo me daria
do que eu quisesse ter
que nada
Minha porção mulher, que até então se resguardara,
É a porção melhor que trago em mim agora
É o que me faz viver”

Mas afinal porque ainda não vemos o homem participar da discussão sobre seus papéis sociais e os das mulheres, reivindicando seus direitos, falando de suas dores, angústias, expectativas, frustrações abertamente?

Por que não há organizações masculinas que se dediquem a discutir os problemas e os custos de ser homem? Por que os

⁵ Super-Homem (A Canção) <https://www.youtube.com/watch?v=IHtExPwC100>

homens não vêm pública e abertamente pedir ajuda?

Será que ser homem não traz problemas?

Por que as obras científicas a respeito dos problemas dos homens contemporâneos ainda são escritas, em sua grande maioria, por mulheres?

Os homens certamente têm razões culturais históricas e sociais para se manifestarem dessa maneira.

Gostamos de pensar na masculinidade como algo natural, inerente ao homem, pronto e acabado, como se fossem questões determinadas por leis biológicas, como se a aversão do homem ao sensível, ao inominável, ao vivido fosse pré-determinada.

Virilidade ou masculinidade, como papel atribuído, é determinado por um conjunto de valores, sentimentos, atitudes e padrões de comportamento culturalmente aceitos, valorizados e legitimados historicamente por nossa sociedade, aprendidos desde a mais tenra idade, desde o “ventre materno”. Nascer homem é nascer para ser homem, é algo pré-determinado e não escolhido! Diferente do atribuído não é homem!

Neste processo, uma das atribuições mais importantes dos homens é não se queixarem, principalmente do que lhe é designado, do que o define como homem.

Se houver algum problema, a cultura do machismo sela a boca pela censura, lembrando que ele deve ser forte, exótico, resistente à dor, estar preparado para “*ser capaz de viver / fazer tudo que lhe for designado*”.

O homem deve silenciar sobre seus problemas, até

mesmo “*por ser privilegiado*” em relação à mulher, como lhe é atribuído. Então, se é óbvio, não há necessidade de se organizar para debater suas questões, pois não cabe a ele refletir sobre seus problemas, mas resolvê-los. Aos homens não é dado o direito de pedir ajuda, até porque nos falta consciência do peso cultural a que estão sujeitos.

Esta é uma das atribuições que mantém os homens silenciados e, o mais terrível, convencido de que a sua dor, seu sofrimento e isolamento existencial são naturais, coisas normais, que devem ser vividas, mas nunca questionadas porque isso implicaria também questionar sua própria identidade, seu “sucesso” como homem.

Tudo isso é muito evidenciado na terapia familiar, onde a demanda pelo processo terapêutico é quase sempre explicitada pela mulher. Nas raras vezes em que o homem vem participar do processo terapêutico fica evidente a dificuldade de falar de si mesmo e expressar seus sentimentos nas relações afetivas.

As questões de gênero ficam ainda mais evidentes nos processos terapêuticos, com o gênero do terapeuta sendo constantemente utilizado para desqualificar as vivências terapêuticas, com o argumento de que ele não é capaz de compreender as angústias / demandas do sexo oposto, como se sofrimentos, dores, decepções tivessem sexo, gênero.

É importante observarmos as consequências de nossa cultura em estimular a competição entre nós e não a solidariedade, produzindo a exclusão dos perdedores. Em termos de linguagem, o esquema binário caracterizado em nossa linguagem pelo uso

do “ou” (homem ou mulher, rico ou pobre, verdade ou mentira, claro ou escuro, quente ou frio) em detrimento da solidariedade, complementariedade, a cultura do “e” (homem e mulher, rico e pobre, verdade e mentira, quente e frio) forjou a nossa compartimentação fazendo com que acreditássemos que até mesmo os sentimentos mais íntimos são classificados de acordo com o gênero de quem os vive⁽⁶⁾, como se só houvessem uma verdade e, conseqüentemente, uma mentira.

Carlos Drumond de Andrade nos brindou com um belíssimo poema e esse respeito.

<i>A porta da verdade estava aberta, mas só deixava passar meia pessoa de cada vez</i>	<i>onde a verdade esplendia seus fogos. Era dividida em metades diferentes umas das outras.</i>
--	---

<i>Assim não era possível atingir toda a verdade, porque a meia pessoa que entrava só trazia o perfil de meia verdade. E sua segunda metade Voltava igualmente com meio perfil. E os meios perfis não coincidiam. Arrebentaram a porta. Derrubaram a porta. Chegaram ao lugar luminoso</i>	<i>Chegou-se a discutir qual a metade mais bela. Nenhuma das duas era totalmente bela. E carecia optar. Cada um optou conforme seu capricho, sua ilusão, sua miopia.</i>
--	--

(ANDRADE:1984)

6 Em síntese a grande diferença entre essas duas culturas, a do “ou” e a do “e”, é que a cultura do “ou”, a cultura binária (Foucault:1999), trabalha a partir do paradigma dos opostos, mantendo uma permanente tensão / competição entre eles. Já a cultura do “e” estimula a solidariedade, a complementariedade, a construção coletiva a partir das potências e limitações de cada que compõe o “todo”, como acontece, por exemplo, na cultura chinesa que trabalha com o Yin e Yang (Wilhelm:1991). A física quântica moderna há muito abandonou a cultura do “ou” e adotou a cultura do “e” (Einstein:2001, Capra:1983).

O atribuído

O conceito de gênero sexual é nodular nessa perspectiva, uma vez que designa características, códigos e ideais para se reconhecer e ser reconhecido a partir de uma classificação mais ou menos rígida, criando estereótipos.

Esse modelo respondeu às necessidades da sociedade em momentos históricos específicos e reflete, principalmente, relações de poder. No entanto, suas características são apresentadas como axiomas inquestionáveis, que são transformados em valores promovidos através de mitos (mãe – mulher, pai - herói). Se forjam ideais que são subjetivadas e que dão forma ao modelo desejado.

Todo esse processo social é invisível, já que foi “naturalizado (!)” como qualidades e atitudes inerentes à natureza e essência de todos nós, seres humanos.

No processo de aprender a ser homem, mesmo quando criança, os cuidados pessoais (alimentação, estética, cozinhar, cuidar de sua moradia, costurar suas roupas, enfim, dar atenção ao seu bem estar) não só não lhes é ensinado como não lhes é permitido.

É «suposto» que um homem deve ser corajoso; é «assumido» que quando chega à adolescência o homem tem que conhecer sobre a prática erótica e na idade adulta é exigido que tenha aprendido a suportar tudo (LESLIE:1987), mas dar atenção a si, ao seu íntimo, ao que o diferencia dos demais, não! (SAVATER:2000)

No entanto, se tudo é dado como “claro / óbvio / natural”, como aprender a elaborar verdadeiramente esses processos. Como dizer o SIM verdadeiro se o NÃO lhe é proibido!

O homem e a mulher não nascem de uma determinada forma, eles se tornam a partir da interação com o que os cerca. Sem a liberdade de cometer erros, não há aprendizado (PIAGET:1978).

Para a criança poder assumir a pessoa que lhe é designada / imposta é necessário produzir um forte mecanismo de negação do que lhe é proibido / negado, se tornando incapaz de desenvolver uma aprendizagem e descobrir se o proibido é desejado ou não.

Se ela não pode integrar, como lhe exigem os adultos, os aparentes polos opostos das emoções (amor e ódio; coragem e medo) compreendendo que eles não são oposição ou negação um do outro, mas complementos (WILHELM:1991), é levada a desenvolver mecanismos que os dissociem, impedindo um aprendizado de como lidar com ambos (“*corajoso não é o que não tem medo, mas o que sabe lidar com o medo*”, dito popular), o que provoca, em situações limites, que expresse-se de maneira transbordante ou descontrolada.

A expropriação da capacidade de aprender a vivenciar suas próprias emoções e suas diferentes formas de expressão faz dos homens “super-homens” com “pés de barro” e condiciona-os a criar uma casca onde ele disfarça toda a sua insegurança e seu medo de viver.

Isto implica em uma série de proibições que, do ponto de vista cultural, são impostas ao homem, as quais interferem na satisfação de suas necessidades, colocando em perigo, por vezes, a sua vida e a dos outros.

O homem é ao mesmo tempo o principal agente de violências (94,2% dos prisioneiros são do sexo masculino ou 5,8% são mulheres⁽⁷⁾) assim como sua principal vítima, sendo que 94,6% dos assassinados são de homens e, portanto, 5,4% são de mulheres⁽⁸⁾.

A expectativa de vida da mulher é, em torno, de 5% maior que a do homem, devido ao fato do homem ter como um dos principais fatores de mortandade “causas externas” (assassinatos, acidentes de trabalho e trânsito), sendo muito alto também a incapacitação e a morte por causas relacionadas ao estilo de vida (infartos, violências, câncer - especialmente pulmão e cirrose); homens se acidentam mais que as mulheres, sejam crianças, jovens, adultos ou idosos, devido ao uso de drogas ou por se exporem a situações de risco com mais intensidade e frequência que as mulheres.

Em Cuba os homens se suicidam 3 vezes mais que as mulheres, já no Brasil os homens se suicidam 4 vezes mais que as mulheres, mas em ambos os países existe um dado comum: os que se matam, o fazem “como um homem” escolhendo os métodos mais letais de autodestruição, 62% por enforcamento⁽⁹⁾.

Esses e tantos outros dados são a expressão das chamadas “patologias da onipotência”, as que estão relacionadas com as maneiras pelas quais os homens tentam, de acordo com o que

7 <http://www.justica.gov.br/news/ha-726-712-pessoas-presas-no-brasil>

8 http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33411&Itemid=6

9 <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-09/cerca-de-11-mil-pessoas-tiram-propria-vida-todos-os-anos-no-brasil>

lhes é atribuído, resolver o mal-estar que enfrentam em suas vidas diariamente: solução à força, da negação de seus problemas.

A impossibilidade de se sentir “fracassado”, de se mostrar frágil e, conseqüentemente, pedir ajuda desencadeia uma série de conseqüências sequenciais como: a proibição de se mostrar frágil implica no impedimento de demonstrar a dor, o sofrimento, de chorar, de pedir ajuda, de aprender a cuidar de si, ser mimado, de tocar e ser tocado, principalmente como uma manifestação de afeto, se isolando do que o cerca e de si mesmo.

O simples ato de tocar ou ser tocado ou se tocar só é aceitável quando existe um propósito preciso, especialmente no relacionamento heterossexual que deve ter no erotismo seu ápice. A carícia deve ser vivida como um “meio” e não um “fim”.

O toque entre 2 homens héteros só é permitido se tiver claramente um propósito definido ou estiver dentro dos padrões socialmente aceitos como um aperto de mão, tapinhas nos ombros, um abraço rápido e duro, ...

Um exemplo clássico foi o de um homem que procurou a terapia corporal com a queixa que as mulheres não suportavam seus carinhos. Ele tinha em torno de quarenta anos; era um alto executivo de uma grande empresa multinacional; orgulhoso de seu sucesso profissional; divorciado; pai de uma adolescente; com dois metros de altura; bastante forte, com mãos grandes e fortes também e se identificava como um homem esteticamente bonito, doce, romântico e carinhoso.

Durante o trabalho individual sua rigidez corporal ficava cada vez mais evidente a ponto de que para lhe fazer massagens se

tinha que usar os pés e, dependendo da região de seu corpo, era necessário fazer muita força com os calcanhares. Cada vez que era alertado para a dificuldade que tinha em manter contato com seu corpo, como simplesmente relaxar após uma sessão de massagens, reagia agressivamente com frases prontas e automáticas.

Depois de algum tempo de trabalho individual, ele se interessou em participar de um grupo, composto por 5 mulheres, todas com idades em torno da dele, sendo ele o primeiro homem a entrar no grupo (atendendo a uma demanda delas). Esse grupo se reunia uma vez por semana, durante uma hora e meia, sentadas no chão (em almofadas), em roda e umas bem próximas das outras. Não havia lugares marcados e o grupo já se encontrava há mais ou menos um ano, sendo um grupo, portanto, com um amadurecimento terapêutico consolidado.

Logo, em uma das suas primeiras sessões, uma mulher que estava sentada exatamente ao seu lado direito iniciou um choro muito intenso e repentinamente, sem nenhum aviso prévio. Imediatamente ele se colocou numa posição acolhedora e começou a fazer “carinho” com a mão em uma das pernas da mulher, repetindo a seguinte frase: “Não chora, não.”

De repente a mulher, bruscamente, se pôs de pé em frente a ele e, olhando fixamente em seus olhos, perguntou-lhe com uma enorme agressividade: “Porra, porque você está me batendo?”. Antes que qualquer um pudesse esboçar alguma reação, ela levantou sua saia e mostrou uma marca vermelha em sua perna, exatamente no local onde ele estava fazendo “carinho”.

O espanto do homem foi tanto que ele ficou petrificado por uns instantes, para em seguida se colocar de pé também, abraça-la afetuosamente e repetir algumas vezes seguidas: “desculpas, desculpas, ...”.

A partir daquele dia ele iniciou um processo de desconstrução do “homem macho” para dar lugar ao “homem humano”, como ele mesmo intitulava esse seu processo e repetia seguidamente para todos: “*calma estou aprendendo a ser homem!*”.

Acontece que “*ser forte*” não se resume a ter um físico avantajado, mas sim em ser o oposto a tudo que possa representar “*ser frágil*”(!), o que implica em não poder expressar emoções que se reportem ao, supostamente, “*ser frágil*” como chorar ou tremer ou ter uma simples diarreia (“*se cagar nas calças, o que representa ter medo*”) ⁽¹⁰⁾.

Mas como não se sentir frágil ao contemplarmos realisticamente o universo que nos cerca? Somente se isolando, custe o que custar.

Certa vez um homem se inscreveu em um curso de formação para massagistas.

Em seu primeiro encontro, ao se apresentar aos demais

10 Levant (1992) sistematiza uma série de características e padrões tradicionalmente atribuídos ao sexo masculino como: trabalhador, provedor, forte, silencioso, valente, que não expressa sensibilidade ou vulnerabilidade em suas emoções, tornar-se solução para problemas que lhes apresentem, com ênfase no pensamento lógico, assumindo riscos e mantendo a calma mesmo em situações de risco, ser agressivo e assertivo, independente, viver sua sexualidade em separado do carinho / afeto. Esse “homem” é extremamente bem representado pelos “super heróis” de histórias em quadrinhos e/ou filmes (como o Super homem, por exemplo) e excepcionalmente bem pelo Homem de Ferro, que tem seu corpo coberto por uma armadura, uma vez que a expressão de suas emoções não fazem parte da composição do personagem. Junte-se a isso que sua identidade social é a de um super empresário, com imensa capacidade criativa e produtiva, absurdamente rico, mas que tem sua vida tutelada por sua secretária, o esteriótipo da guardiã afetiva de empresários bem sucedidos. Aqui, o ditado popular “por trás de todo grande homem existe uma grande mulher” se aplica integralmente.

participantes do curso, ele justificou sua presença ali pela curiosidade com os prazeres que eram relatados por outras pessoas com um simples toque, uma vez que, para ele, o toque era como beber água, necessário, mas sem nada que diferenciasse um do outro.

Seu corpo e sua aparência não trazia nada que chamasse a atenção. Era um homem negro, alto, magro, proporcional, com uma tonicidade aparentemente flácida, mas nada além do comum. Tinha uma característica que chamava a atenção: se negava a tirar a camiseta e quando perguntado a esse respeito, sempre desconversava.

Durante um encontro individual mensal com Paulo em seu consultório, lhe foi proposto que recebesse uma massagem, o que ele de imediato consentiu. Deitou-se rapidamente, mas fez questão de permanecer de camiseta. Durante a massagem notei, através do tato, que ele tinha cicatrizes nas costas e, além disso, que sua sensibilidade tátil era extremamente baixa.

A partir daí, lhe sugeri que recebesse a massagem com uma venda nos olhos, o que ele topou, também, sem pestanejar, o que me chamou a atenção para sua pré-disposição em vivenciar novas experiências, como se fosse imune a todas elas. Resolvi, então, ver até quando ele seria imune e comecei a variar abruptamente o local e a intensidade do toque, bem como o uso de óleo e de pequenos instrumentos de massagem, mas nada com o propósito de lhe causar dor nem sofrimento.

Ao observar que sua respiração estava acelerada, desenvolvi um toque específico em sua maior cicatriz nas costas, ainda por cima da camiseta.

De repente ele explodiu como um vulcão, pôs-se de pé,

tirou a venda dos olhos, com uma expressão de ódio e olhando fixamente em meus olhos falou compulsivamente.

Foi uma das pouquíssimas vezes em que tive medo durante um atendimento.

Até que de repente, como um pano que é solto no ar, caiu no chão e, deitado na posição fetal, desabou a chorar. Chorou sem parar durante um bom tempo, coberto por um lençol e envolto em almofadas que eu arrumei ao seu redor cuidadosamente. Durante todo o seu choro, permaneci sentado ao seu lado segurando em sua mão, que estava para fora do lençol, em silêncio.

O choro foi se acalmando, parou de chorar, levantou-se, foi ao banheiro e quando saiu, já estava vestido e com uma expressão de alívio no rosto. Se aproximou de mim, me deu um forte e desajeitado abraço e foi embora sem trocarmos uma única palavra.

Voltou durante muito tempo, quando pudemos ir conhecendo aquele homem como se fosse uma cebola, uma casca após a outra.

Ele era filho de uma família muito pobre. Sua mãe doméstica, seu pai sambista, filho caçula, tinha 2 irmãs mais velhas. Seu pai era alcoólatra e, com frequência, chegava bêbado em casa, quando espancava a mãe e as irmãs. Quando ele começava a chorar, o pai o espancava até que ele parasse de chorar, “*porque ele tinha que aprender que homem não chora*”, daí a origem das cicatrizes nas costas!

De início, ele relacionava as cicatrizes nas costas com as dos escravos, marcas das lutas que ele tinha lutado para sobreviver, fruto de um duro e intenso aprendizado de ser “*castigado pela vida*” sem chorar e nem reclamar, como um homem! O preço

que pagou foi ter inibido sua sensibilidade tátil a ponto de, até aquele momento, nunca ter tido um orgasmo e, devido a isso, não ter relações que envolvessem o erotismo (só havia tentado por 2 vezes, ainda jovem, com prostitutas)

O pai havia sido morto quando ele ainda era adolescente, sua irmã mais velha se prostituído e foi assim que custeou seus estudos permitindo que ele se tornasse um economista, funcionário de um banco estatal, especialista em políticas públicas fomentadoras de ações compensatórias para populações que tenham sido segregadas ao longo de nossa história, principalmente quilombolas.

Durante todo esse processo, sua querida irmã mais velha foi morta, ele descobriu que a outra irmã era abusada pelo marido, o que fez que ele decidisse trazer a mãe e a irmã com seus dois sobrinhos para morar com ele.

Quando interrompemos nossos encontros sistemáticos, ele havia retomado os contatos com seus amigos de infância, voltado a frequentar a escola de samba que seu pai o levava desde criança, estava reaprendendo a sambar e já conseguia ficar sem blusa em público, uma conquista que lhe trazia uma enorme alegria.

Na exploração do erotismo é onde ficam, certamente, as marcas mais profundas do “*ser macho*”.

O homem deve aprender a ter relações eróticas independentemente de seus desejos, de seus sentimentos, bastando para isso que seu órgão genital fique ereto, sendo que, como a marca de seu suposto prazer é externa (a ejaculação do esperma), não lhe é nem permitido dissimular o orgasmo, sendo o território de aprendizagem da prática erótica masculina

a experiência (seja na masturbação ou com outras pessoas) e a solidão se torna seu consolo e esconderijo.

Ao homem é atribuído que deve estar sempre pronto para ter uma relação erótica. As relações onde os sentimentos como ternura, manifestações de afeto, desejo de “estar com” se façam presentes são imediatamente associadas a relacionamentos diferenciados, proibidos se forem com outro homem e erotizados se forem com mulheres. Esse traço social onde o afeto é proibido⁽¹¹⁾ é manifestado com todo seu vigor com os homens e, conseqüentemente, pelos homens.

A frase “*esse já tem uma namorada!*” é comumente repetida muitas vezes desde a mais tenra idade, com seus órgãos genitais sendo expostos como um troféu do “machazo” que será no futuro. Um infeliz dito popular retrata essa situação: “*não há mulheres frígidas, mas homens incapazes!*”.

A foto a seguir disponibilizada (em agosto de 2018) por um avô em suas redes sociais para enaltecer a imagem de “macho” de seu neto (a mancha branca no rosto foi feita para impedir a identificação da criança para publicação aqui) fala por si só.



11 O uso do termo “relação sexual” para denominarmos as “relações eróticas” são efetivamente uma marca desse traço cultural, uma vez que ao termos o sexo como uma de nossas características intrínsecas e inalienável do humano, todas as nossas relações são sexuais. O que as diferencia é a forma de vivermos, mas “relações sexuais” todas as formas são. (Ferenczi:1990, Costa:1992)

Se o erotismo é atribuído “*naturalmente*” ao homem (de forma equivalente como o “*instinto da maternidade*” é atribuído à mulher (BADINTER:1985)!), em que contexto o homem pode se aconchegar para lambe suas feridas, viver “*seus fracassos*”? Com o pai? Com amigos que travam a competição pelo espaço da liderança do grupo tendo as supostas conquistas femininas como troféus?

A estreita ligação entre a vivência erótica e saúde mental é inquestionável (REICH:1979). A existência dos “*remédios*” contra a impotência sexual masculina é um produto exatamente dessa dinâmica social. De acordo com a crença popular, basta fazer com que o órgão genital masculino fique ereto que tudo estará resolvido, a farsa está montada. Carinho, afeto, desejo, relações coconstruída (VASCONCELLOS:1995), isso são levados a ele como temas de filmes românticos, não da vida real. A relação erótica, de acordo com a crença universal, é feita pelo homem com seu órgão genital, sendo o resto do corpo, seus sentidos e sensações algo completamente desnecessário e que muitas vezes só atrapalha,

Parte da infância e toda a adolescência, Paulo estudou em uma escola frequentada só por homens, sejam alunos, funcionários ou professores. Lá se vão 55 anos que um grupo de ex alunos nos encontramos com uma certa frequência.

Em nossas conversas, descobrimos que as “*conquistas e fazeres eróticos*” que passamos a nossa adolescência contando uns para outros, eram mentiras. Que a grande maioria de nós se casou com a mulher com quem teve a primeira relação erótica (com em torno de 18 anos, quando iniciamos a faculdade) e que

passamos a vida nos sentindo culpados por escutarmos uns dos outros histórias eróticas tão fantásticas e termos, na realidade, como únicas vivências eróticas a masturbação estimuladas por revistinhas de autoria de Carlos Zéfiro⁽¹²⁾, mesmo assim carregada de culpa e medo.

Uma de nossas lembranças mais caras é uma cena absolutamente inesquecível.

Sempre saíamos do colégio em grupos de meninos e passávamos na porta de uma boate frequentada por prostitutas. A boate era no segundo andar de um sobrado antigo, cujo acesso era uma escada de madeira estreita e íngreme. A sua entrada era guardada por um homem forte (e muito simpático) que não permitia a nossa entrada, pois éramos muito crianças, segundo ele dizia.

Durante anos passamos por aquela porta nutrindo o desejo de um dia subir e de conhecermos o “proibido”. Um dia, ainda no início de uma tarde qualquer, quando tínhamos em torno de uns 13 / 14 anos, ao passarmos pela porta da boate, descobrimos que a porta estava aberta e sem ninguém para nos impedir que subíssemos a escada⁽¹³⁾.

Sem pestanejar por um minuto sequer, subimos a escada correndo e, quando chegamos lá em cima, descobrimos um salão,

com diversas mesas vazias e um pequeno palco ao fundo, também vazio.

Éramos exatamente 8 meninos, absolutamente encantados e sem saber o que fazer. Enquanto descansávamos da subida da escada, ainda ofegantes, surgiram de trás do palco um grupo de mulheres de calcinha e sutiã dando os típicos berros de excitação.

De novo, sem pestanejar nem um segundo, descemos a escada correndo e só paramos quando chegamos dentro de um lanchonete próxima onde sempre comíamos alguma besteira e seu dono era nosso velho conhecido. Ainda na lanchonete fizemos um pacto: não contar essa história para ninguém no colégio no dia seguinte, pois certamente serviríamos de chacota para todos os outros.

Essa cena nos rende inúmeras gargalhadas até hoje, tendo se multiplicado em inúmeras e diferentes versões, todas muito engraçadas e que retratam bem a nossa dificuldade, até os dias de hoje (homens já com mais de 60 anos), de lidarmos com o nosso primeiro fracasso como “homens”.

Nesse contexto em que o homem tem que aprender a desempenhar as funções que lhes são atribuídas sem levar em consideração seus sentimentos e emoções, o efetivo exercício da paternidade lhe é absolutamente apropriado.

Tudo se inicia quando o menino é impedido de brincar com temas ligados ao exercício da paternidade, como por exemplo de bonecas ou de cuidar de crianças mais novas, função essa atribuída, desde cedo, às meninas.

12 Carlos Zéfiro é o pseudônimo de Alcides Aguiar Caminha com o qual ilustrou e publicou, durante as décadas de 50 a 70, histórias em quadrinhos de cunho erótico que ficaram conhecidas por “catecismos”. Alcides também compunha sambas bastantes conhecidos (por exemplo A Flor e o Espinho, com Nelson Cavaquinho), os quais os assinava com seu nome próprio. Um exemplo de um catecismo está em <http://levaumcasaquinho.blogspot.com/2017/03/o-campeao-um-catecismo-classico-de.html>

13 Anos depois o mesmo porteiro nos confessou que havia nos avistado ao longe e se escondido intencionalmente, curioso em saber o que fariamos.



(14)

A segmentação do cuidar de crianças entre homens e mulheres é estimulada até mesmo por conceitos científicos, como o mito do amor / instinto materno. Ao homem cabe a socialização, a introdução da criança no mundo dos afazeres, providenciando aquilo que for necessário para o sustento da família materialmente e socialmente, com os cuidados da criança que envolvam afeto (como se algum não os envolvessem) sendo uma atribuição feminina (WINNICOTT:1988).

Esse pré-conceito é tão forte que quando um homem rompe com esse estereótipo assumindo cuidados atribuídos à mulher, logo o apelidam⁽¹⁵⁾, embora quando uma mulher assume a responsabilidade sozinha sobre seus filhos lhe é dito que ela “*não estaria fazendo nada além do normal*”, por que à mulher não é permitido não priorizar os cuidados de seus filhos, ela não pode “*abandonar*” seus filhos, pois isso seria uma atitude de uma “*mulher desnaturada*”.

Uma outra forma de comumente ser caracterizada essa relação quando o homem assume suas responsabilidades junto

a família que constitui, realizando as tarefas necessárias para tal, é dizer que o homem “*ajuda*” a sua esposa com as tarefas do lar (cozinhar, fazer faxina, compras de mantimentos, priorizar os cuidados de seus filhos, o que implica inclusive em ter momentos de prazer com eles demonstrando claramente o quanto ser pai contribui para sua felicidade), como se tais tarefas fossem uma obrigação / tarefa somente da mulher!

O mais impressionante disso tudo é que esse vínculo entre o homem e seu filho é reconhecido através da similaridade do DNA e não da conquista afetiva em uma relação permanentemente coconstruída.

A similaridade de DNAs passa a implicar numa série de obrigações do homem em relação àquela criança, sendo a ausência punida no Brasil inclusive com a cadeia. A partir da similaridade de DNAs o homem passa a ser obrigado a sustentar material e afetivamente o fruto daquela relação sexual que deu origem aquele outro ser, como se afetos pudessem ser produzidos a partir de obrigações ou deveres ou similaridades de DNAs ou...

Ao observarmos os inúmeros tipos de vínculos possíveis de serem estabelecidos entre homens e crianças, vemos o quanto tudo isso é absurdo. Temos sempre que nos lembrar que a vinculação entre a relação erótica e a procriação é algo muito recente na história da humanidade e mesmo atualmente existem sociedades que negam esse vínculo e, portanto, negam a existência da paternidade.

De uma maneira sucinta destacaria 3 tipos de vínculo possíveis na relação entre o homem e uma criança (SILVEIRA:1998):

14 Armandinho, de Alexandre Beck - uso autorizado pelo autor.

15 Em Cuba esses homens que desempenham tarefas junto aos filhos e ao seu lar anteriormente atribuídas as mulheres são chamados de “mensageiros”, no México de “mandilones”, no Brasil de “põe”.

- *Ser o progenitor*: o que significa simplesmente que esse homem tem uma similaridade de DNA com o outro, implicando que seu esperma fecundou o óvulo da mãe, seja voluntária ou involuntariamente (numa inseminação artificial, por exemplo);
- *Ser o pai*, ele pode ser o progenitor ou não (equivocadamente denominado como “filho adotivo”, uma vez que os filhos só podem ser adotados ou rejeitados, não existindo uma opção intermediária), mas que cumpre as tarefas sociais que são atribuídas ao homem nessa situação completamente indiferente aos seus sentimento, de seu afeto, como um “homem” deve cumprir todas as tarefas que a ele são atribuídas;
- Já o “*Exercício da Paternidade*” é exercido em uma relação permanentemente coconstruída, baseada nos afetos que ela desperta e que será decisiva na socialização dessa criança, participando da transformação desse indivíduo em cidadão. Esse lugar é absolutamente independente do vínculo genético, bem como do gênero de ambos, sendo que em muitas sociedades é exercido pelo seu coletivo e não por um indivíduo. Os comportamentos que caracterizam tais relações são, absolutamente, diversos. Em algumas sociedades africanas, por exemplo, não cabe ao companheiro da mãe, o progenitor, exercer a paternidade de seus filhos, mas ao irmão mais velho da mãe e, na sua ausência, ao ancião da tribo (ORTIGES:1989). Em seu lindo filme “O

Garoto”, Charlie Chaplin retrata essa relação de uma forma magistral, com toda a sua genialidade, poesia e beleza⁽¹⁶⁾.

Uma comunidade de Parati (cidade da costa brasileira, ao sul do Estado do Rio de Janeiro), descendentes diretos de africanos e índios brasileiros, até o fim do século XX (antes de sua evangelização) se organizava de forma matrilinear e as relações eram regidas, *também*, pelo ditado “*o homem só serve enquanto serve, quando não serve mais, não serve*”.

Um dos balizadores dessa comunidade era que as mulheres se recusavam a contar quem eram os pais de seus filhos, pois elas acreditavam que os homens só atrapalhavam na criação das crianças. Assim, todas as crianças eram de responsabilidade de todos os homens. Essa ausência de vinculação trazia ao homem uma solidão afetiva imensa, o que implicava num alto consumo de drogas (cachaça, maconha e chá de trombeta), ocasionado suas mortes cedo ainda (em torno dos 50 anos), tendo como principal causa mortis as decorrências da diabetes.

Essa compartimentação social dos cuidados com as crianças chega às raias do absurdo quando naturalizamos que a questão do aborto⁽¹⁷⁾ diz respeito única e exclusivamente a

16 Recomendo a todos que ainda não viram essa obra de arte que vejam

<https://www.youtube.com/watch?v=-975mtgPzxQ&t=19s>.

17 Particularmente sou radicalmente a favor da legalização do aborto e que a mulher tenha o poder de decisão final quanto a fazê-lo ou não. Mas entendo, também, que assim como uma mulher tem o direito de dizer não a uma gravidez indesejada, o homem deve ter o direito de dizer sim ou não a essa mesma gravidez. O sim implicaria na consulta da mulher antes da prática do aborto ao progenitor se esse desejaria exercer a paternidade daquela criança, desobrigando a mulher de qualquer tipo de vínculo com ela, se assim ela desejar. De outra forma, ao homem também deve ser permitido dizer não a essa gravidez, estabelecendo-se que a partir daquele momento, se a mulher desejar prosseguir com a gravidez, o homem não terá quaisquer obrigação com aquela criança, seja afetiva ou financeiramente. Acredito, sinceramente, que a possibilidade

mulher. Ora, se um aborto começa numa relação erótica a dois, como suas consequências podem dizer respeito somente a um dos envolvidos? E se um dos envolvidos pode dizer não a uma gravidez indesejada, porque o outro também não pode?

Caso houvesse interesse em discutir a possibilidade do homem também poder dizer não a uma gravidez indesejada, certamente aumentariam muito as chances desse mesmo homem dizer sim a uma gravidez desejada e, conseqüentemente, exercer a paternidade em sua plenitude, pois como saber se o **sim** é baseado no desejo de ser pai, se ao homem é impedido o desejo de **não** sê-lo mesmo depois de anos da concepção.

Um dos argumentos mais frequentemente usados nessa questão do atribuído ao homem na relação com as crianças é o número crescente de mulheres que tem a responsabilidade de cuidar das famílias solitariamente, o que é um fato, mas, obviamente, isso não é um fator determinante para que se estabeleçam dogmas⁽¹⁸⁾ a respeito da relação de homens e mulheres com as crianças, assim como também não é o fato da conquista da guarda compartilhada dos filhos após ruptura da relação entre os pais ser masculina, conquista essa que sofreu e sofre uma enorme rejeição por parte da grande maioria das mulheres.

Cada um de nós é um indivíduo único, com uma história de vida própria, essa sim, determinante em nossas vidas. O fato

do homem dizer não a uma gravidez indesejada, acabaria com um dos mais bárbaros “crimes” de nossa sociedade: o fato da mulher usar de uma gravidez, do filho, da criança para impor uma relação ao homem, chantageando-o afetivamente ou financeiramente.

18 Entendendo “dogmas” como sendo conceitos, seja de que ordem forem (míticos, “científicos”, populares) a partir dos quais se pretenda estabelecer “verdades”. (Foucault:1979).

de nascermos do sexo masculino, feminino ou hermafrodita é somente uma das muitas características que compõem nosso universo de possibilidades.

A expropriação da identidade.

Desde a mais tenra idade, a criança do sexo masculino é expropriada da capacidade de gerir seus processos básicos como, por exemplo, se vestir, se enfeitar, se alimentar, bem como questões domésticas como lavar, passar, cozinhar, arranjo estético do lar e tarefas afins produzindo dependência e desamparo em sua vida privada, processos esses assumidos pela mãe, avó ou outra adulta qualquer (normalmente mulher).

O homem, como arquétipo sexual, aparece como inútil, indefeso, dependente da mulher em seus processos mais íntimos.

Os homens externam essa vivência como um “conforto” e as mulheres as assumem como inevitável, como uma missão, parte de seus ônus inerente ao fato de serem homens e mulheres.

No entanto, essa dependência implica em altos custos. Tudo isso é pago pelo homem com quotas de liberdade ao ser impedido de aprender a decidir o que comer, que roupas usar, ..., enfim, como correlacionar seu humor, suas emoções com atitudes de seu cotidiano.

Outra decorrência dessa forma de nos organizarmos, é que as relações que deveriam ser caracterizadas por afetos se transformam em relações de dependência, trazendo para ambos a necessidade um do outro, sufocando, em muitos casos o prazer

de um estar um com o outro, contaminando diferentes setores de nossas vidas, como as expressões mais íntimas dos afetos. A relação erótica, por exemplo, se torna parte dessa rotina, com dia e hora marcados, e princípio, meio e fim pré-estabelecidos.

Essa dependência da mulher, traz para o homem o caráter da necessidade da mulher e, assim, quando o homem quer decretar sua independência na relação com sua família originária, se vê compelido a se casar, passando dos braços de sua cuidadora (mãe, avó, irmã mais velha) para os da esposa por se sentir incapaz de administrar sua própria vida⁽¹⁹⁾.

Esse padrão comportamental é tão forte que é comum se reproduzir até mesmo entre casais homossexuais, quando se identificam entre “o passivo” ou “o ativo”, o que cuida e o que é cuidado, ...

Mas o que fazer diferente disso, como transformar as relações de “ou” para “e”?

As transformações que temos vivido ao longo das últimas décadas nos dizem o que os homens não devem fazer, mas não o que devem e / ou querem fazer. Como os homens podem construir suas vidas somente a partir do não?

As dificuldades na construção de hábitos que caracterizem esse “*novo homem*” são de toda ordem, desde a falta de espaços coletivos de reflexão a esse respeito e de aprendizagem para as crianças que oportunizem novas vivências (sejam lúdicos, publicações, cinematográficos, etc), valorização social e até por

interesses que extrapolam as relações privadas.

A entrada da mulher no mercado de trabalho aumentou a oferta da mão de obra, aumentando assim a competição por vagas no mercado de trabalho, obrigando a todos a aprimorarem sua capacitação, produtividade, reduzindo salários, atendendo as demandas dos setores produtivos de nossa sociedade, atraindo mídia espontânea e todo um arcabouço sócio econômico cultural em torno dessa questão, enaltecendo os novos hábitos e costumes.

Já uma maior atenção dos homens a outros focos de interesse, como atenção a sua qualidade de vida, a seus filhos e seus espaços de convivência, implica numa exigência de ofertas de políticas que contemplem também essas questões, aumentando o custo da mão de obra e, conseqüentemente, reduzindo as margens de lucro.

A transformação do homem do “*ter*” em homem do “*ser*” implicaria em menos consumo de bens materiais e demanda por melhor qualidade de vida. A quem isso interessaria, além do próprio homem? Não é por outro motivo que os meios de comunicação não dão destaque às mudanças de paradigmas comportamentais do homem. É raro se encontrar novelas, filmes, matérias jornalísticas, livros, pesquisas acadêmicas a esse respeito e, quando as encontramos, se concentram dentro da cultura binária do “ou”, raramente da solidária do “e”.

Somente há alguns anos iniciou-se a busca do entendimento de algumas questões ligadas ao homem e a chamada crise de identidade masculina, influenciada em grande parte pelas conquistas das mulheres, incorporando conceitos de gêneros e a construção social da subjetividade.

19 Essa sátira feita pelo grupo humorístico Porta dos Fundos retrata excepcionalmente bem essa situação https://www.youtube.com/watch?v=Nlt_SoJpB3M

Nestes estudos, chamados por alguns de “*estudos sobre masculinidade*” (BONINO:1990), baseados em critérios não sexista, questões como a paternidade, o vício (em trabalho, drogas, erotismo), sexualidade, violência, acidentes são tratadas com a ambição de serem desenvolvidas estratégias preventivas, assistenciais e para estabelecimento de novos paradigmas sociais em torno de hábitos e costumes do ser masculino que se adequem às suas novas possibilidades e necessidades de vida.

A chamada crise de identidade. (BADINTER: 1993)

Tem a ver com a perda de referencial do homem devido às mudanças em curso (tecnológicas, comunicação, emancipação de grupos sociais) e das mulheres⁽²⁰⁾ o que geram novas exigências sociais. Uma das decorrências dessa ausência de reflexões coletivas a esse respeito é que a grande maioria das manifestações sociais surgem através de leis punitivas aos transgressores e não políticas educacionais. Sim, com certeza algumas atitudes tem que ser punidas, mas de nada adianta enchermos nossas prisões se não criamos políticas preventivas que combatam consolidação de culturas referentes a práticas que não desejamos mais.

Os homens (e em Cuba este processo ocorre com grande força devido ao ritmo acelerado de transformações sociais provocadas pelas transformações da posição da mulher) estão vivendo um acirramento de suas crises existenciais, cada vez mais

20 Essas reivindicações / conquistas das mulheres são reconhecidas pela grande maioria da população mundial como justas, coerentes, necessárias, fundamentais para a construção de uma sociedade mais justa, ética e solidária tanto que vem sendo implantadas paulatinamente até mesmo nas sociedades mais conservadoras.

se sentindo isolados e culpabilizados, aumentando ainda mais os custos sociais pagos (isolamento, depressão, manifestações exacerbadas, uso compulsivo de drogas lícitas e ilícitas, etc) para cumprirem o papel que lhes é designado.

Há somente uma ruptura aos valores tradicionais com a adesão e defesa incondicional de estereótipos sexistas que manifestam um desconforto específico ou auto-questionamento em relação à tarefa de ser homem, o que não significa que exista uma construção de novos paradigmas.

O homem que se declara não-macho sabe o que não deve fazer em relação a mulher, a sua família, seus filhos, sua qualidade de vida afetiva, mas não está claro o que ele pode fazer para ser diferente das gerações anteriores de tal forma que se sinta mais coerente com seus desejos mais íntimos, inclusive relativos a conquista de espaços sociais, como, por exemplo, funções sociais ligadas ao cuidado predominantemente afetivo da criança (trabalhos em creche, redes de acolhimento, ...).

As tarefas são cumpridas mecanicamente, atendendo às demandas que lhe são impostas: cuida de seus filhos, embora esses cuidados permaneçam sendo um território da mulher e, portanto, é ela quem sabe o que fazer, ele só a “ajuda”; lava as louças, apesar da mulher é quem sabe quando elas estão bem ou mal lavadas; faz as compras no mercado, mas a lista de compras é feita pela mulher; ou seja, como nos disse o poeta⁽²¹⁾

21 Música lançada em 1976, “Como os nossos pais” de Belchior, que permanece absolutamente atual https://pt.wikipedia.org/wiki/Como_Nossos_Pais. A cantora Elis Regina consegue, através de sua interpretação magistral, dar todo o tom de dramaticidade desse conflito, onde o “novo” permanece “velho”. <https://www.youtube.com/watch?v=2qqN4cEpPCw&list=RD2qqN4cEpPCw&index=1>

...

*“Minha dor é perceber,
Que apesar de tudo que fizemos
Ainda somos os mesmos
E vivemos como nossos pais”*

...

Acontece que promover mudanças no comportamento masculino a partir das demandas das mulheres é repetir a mesma fórmula que nos trouxe até aqui, somente com nova roupagem, na medida que não permite ao homem reconhecer seus reais desejos e as diferentes formas de realizá-los, proporcionando-lhes opções saudáveis e sustentáveis ao longo de sua vida e não circunstanciais de acordo com as demandas apresentadas pelo meio onde está inserido.

Essa mudança, que é a mais frequente (mesmo dentro das gerações jovens de homens) coloca o homem em certa disponibilidade a aspectos emocionais e funcionais da mulher, mas de uma forma automática, superficial, desconectado de seus desejos mais íntimos, o que o impede de agir genuinamente, espontaneamente, onde a expectativa maior é uma ruptura com o estereótipo.

O esforço na tentativa de demarcação de novos comportamentos é tanto que leva a alguns homens terem sintomas característicos de mulheres que estão efetivamente grávidas (como enjoos, aumento de peso) para se mostrarem efetivamente comprometidos com a gravidez de sua companheira.

Dentro desse princípio, por exemplo, se é feito um acordo

para que o homem, por exemplo, se comprometa a fazer as refeições aos sábados, não surge o estímulo de produzir um belo café da manhã para a companheira num dia de semana, somente com a intenção de produzir algo novo na relação, pois sua condição continua de submissão à mulher, como historicamente sempre foi, e o inibe.

Esse determinismo histórico não atinge só aos homens, mas também às mulheres. O fato da mulher ser remunerada em seu trabalho não implica que ela tenha o domínio sobre os recursos financeiros do casal ou mesmo dos recursos provenientes de seu trabalho.

O termo “ajuda” continua largamente usado como elemento definidor das atribuições de homens e mulheres em relação as tarefas que historicamente lhes são atribuídas. Assim, o homem “ajuda” as mulheres nas tarefas relativas a família (cuidar dos filhos e do lar), bem como a mulher “ajuda” ao homem a prover financeiramente a família.

É o homem, cumprindo tarefas somente para não “escutar reclamações” da companheira ou por mera vaidade em se sentir “atual” e não por se identificar com elas e, portanto, escolher ou se responsabilizar em fazê-las.

E de novo, a cultura do “ou” teima em sufocar a cultura do “e”!

O estereótipo sexual cultural constitui um estuprador da excelência do desenvolvimento da personalidade. Podemos fazer muito para promover novas reconceituações dos papéis sociais tanto masculino quanto do feminino, desde que sempre sejam

atualizadas e resignificadas perante as novas demandas que a vida nos apresenta, a partir de paradigmas menos opressivos e pré-concebidos.

Para onde caminha o homem do século XXI

Os avanços das pesquisas genéticas nos permite desqualificar alguns dogmas que até pouco tempo atrás regiam a nossa vida em sociedade.

O etnocentrismo (FERRO:1991) reina tratando de alguns comportamentos como se fossem naturais ou formados a partir de leis biológicas (o “instinto materno”, por exemplo ou a pré-disposição do homem ao erótico), o que fez alguns costumes perdurarem através de séculos. Conforme expomos anteriormente, de acordo com tais dogmas, as mulheres teriam como prioridade cuidar dos afetos cotidianos, do imaterial, e os homens dos bens materiais, de novos horizontes, tendo como elemento condutor para ambos “*o instinto de preservação da espécie*”.

Acontece que a “ciência⁽²²⁾” (a produtora de tais dogmas)

22 As ditas ciências exatas e, principalmente, a física já lidam com seus paradigmas sobre esse prisma há muito tempo. Resumidamente, poderíamos dizer que para as ciências ditas exatas, o mundo não é, se parece ser, depende de quem o vê.

Diante da ilusão, bastante aristocrática, do poder de percepção ilimitada do pensamento, existe outra ilusão bem plebeia, o realismo ingênuo, segundo o qual os objetos “são” a pura verdade de nossos sentidos. Ilusão essa que ocupa a atividade diária dos homens e dos animais. Na origem, as ciências se interrogam deste modo, sobretudo as ciências físicas.

As vitórias sobre as duas ilusões nunca se separam. Eliminar o realismo ingênuo é relativamente fácil. Russell define de forma muito característica este momento do pensamento na introdução a seu livro *An inquiry into Meaning and Truth*.

“Começamos todos com o realismo ingênuo, quer dizer, com a doutrina de que os objetos são assim como parecem ser. Admitimos que a erva é verde, que a neve é fria e que as pedras são duras. Mas a física nos assegura que o verde das ervas, o frio da neve e a dureza das pedras não são o mesmo verde, o mesmo frio e a mesma dureza que conhecemos por experiência, mas algo totalmente diferente. O observador que pretende observar uma pedra, na realidade observa, se quisermos acreditar na física, as impressões das pedras sobre ele próprio. Por isso a ciência parece

produz suas verdades de acordo com seus interesses mais imediatos e com suas verdades mais antigas⁽²³⁾.

A revolução produzida na comunicação pelo advento da internet aliado à telefonia móvel (JENKINS:2009) criou a possibilidade real de produzirmos e distribuirmos a informação, garantindo uma comunicação quase que instantânea entre os recantos mais remotos do planeta; soma-se a isso o fato do planeta Terra estar apresentando sinais de esgotamento como fonte de recursos naturais se mantivermos o atual sistema de vida, para ficar evidente que sistema sócio / econômico / político está falido (BENJAMIN:1993).

É urgente a mudança de paradigmas, em todos os níveis, onde recuperemos nossa solidariedade, qualidade sem a qual a espécie humana não teria sobrevivido a todos os desafios que enfrentamos ao longo de nossa existência.

Os homens, por sua vez, mostram sinais de descontentamento com esse lugar social que ocupa e já temos alguns exemplos concretos de mudanças de paradigma.

Hoje, em alguns países temos a licença parental e não mais a de maternidade para pós nascimento de uma criança, a qual pode ser tirada por qualquer um dos responsáveis pela criança, assim como a guarda compartilhada das crianças após

estar em contradição consigo mesma; quando se considera extremamente objetiva, mergulha contra a vontade na subjetividade. O realismo ingênuo conduz à física, e a física mostra, por seu lado, que este realismo ingênuo, na medida em que é conseqüente, é falso. Logicamente falso, portanto falso.” (EINSTEIN:1981)

23 Ao levarmos em consideração que, a partir do séc. XVII é a ciência quem tem definido a fronteira entre o certo e o errado (BOHR:1995) e que através do domínio dos aparelhos ideológicos a elite determina tudo aquilo que é certo ou errado e, portanto, o que é científico ou não (MINAYO:1996), essa estratégia de dominação fica mais evidenciada ainda.

a separação dos pais já é uma realidade, bem como a adoção de crianças por casais homoafetivos masculinos também. Muitos pais jovens são observados cuidando de seus bebês em locais públicos, em casa, nas salas de espera de médicos, Sim, é bem menos do que deveria, mas é muito mais do que poderíamos imaginar há bem pouco tempo atrás.

Não existem fórmulas para a promoção dessa transformação tão almejada por tantos de nós. Novos modelos de comportamentos masculinos surgem a todo momento, como por exemplo na Coréia do Sul onde vem ganhando espaço a “*masculinidade suave*”⁽²⁴⁾ que consiste na mistura de estéticas antes restritas a homens ou mulheres.

Muitos desafios ainda nos restam, até porque somos seres sociais e nossas mudanças pessoais só se consolidam quando vivenciadas no coletivo, assim como as transformações sociais só se perpetuam quando internalizadas e, portanto, transformadas em cultura (HOBBSAWN:2011).

Mas é preciso sempre termos em mente que se continuarmos a esperar a chegada do super homem ou do deus que promoverá as mudanças que desejamos, a espera será inútil e covarde. É fundamental que cada um de nós faça sua autocrítica permanente e cotidianamente, em nossas micro e macro relações, na relação consigo mesmo e com o que nos cerca de tal forma que possamos promover essa revolução coletivamente.

Não podemos nos esquecer que esse modelo social com

papéis pré-definidos para homens e mulheres com privilégios aparentes para os homens e a subordinação da figura das mulheres às imposições deles, está presente na grande maioria de nossas sociedades, desde cubanos filhos da mais consistente revolução socialista a brasileiros eleitores de Bolsonaro (como demonstra a existência desse artigo escrito por uma pesquisadora cubana e um brasileiro); de esquimós a pequenos grupos do interior do deserto do Saara; de chineses a habitantes isolados no interior da Amazônia.

Afinal como diz o poeta (Zeca Veloso⁽²⁵⁾) “**todo homem precisa de uma mãe!**”

Bibliografia

- Andrade, Carlos Drumond; Corpo; Record; RJ:1984
- Arés, Patricia: Mi familia es así, Editorial Ciencias Sociales, 1990.
- _____: Propuesta de un diseño teórico- metodológico para la intervención familiar en salud comunitaria. Artículo incluido en este libro.
- _____: Género, pareja y familia. ¿Conservación de una identidad cultural o creación de nuevos valores? Artículo incluido en este libro.
- Badinter, Elisabeth; Um Amor Conquistado. O Mito do Amor Materno; Nova Fronteira; 5. ed.; RJ:1985
- _____; XY, Sobre a Identidade Masculina; Nova Fronteira; 2. ed.; RJ:1993
- Basterd, Leila, “Contribuições do feminino para o exercício da paternidade”, in “Exercício da Paternidade”; Silveira, Paulo; ed. Artes Médicas, Porto Alegre:1998
- Benjamin, César; Diálogo sobre Ecologia, Ciência e Política; ed Nova Fronteira; RJ:1993
- Bohr, Niels; Física Atômica e Conhecimento Humano; Contraponto:1995
- Bonino, Lois; Grupos de reflexión de varones, Modelos grupales en Psicoterapia: Aspectos técnicos y teóricos. Edita Sociedad Española

24 <https://www.bbc.com/portuguese/geral-45434713>

25 <https://www.letras.mus.br/zeca-veloso/todo-homem/>

- para el desarrollo del Grupo, el Psicoanálisis y la Psicoterapia, 1990
 Capra, Fritjot; Tao da Física; Cultrix; 5. ed.; SP:1983
 Einstein, Albert; Como Vejo o Mundo; Nova Fronteira; 8. ed.; RJ:1981
 _____, A teoria da Relatividade geral e especial; ed Contra Ponto;
 RJ:2001
 Ferenczi, Sándor; Thalassa; Martins Fontes; SP:1990
 Ferro, Norma: El instinto maternal o la necesidad de un mito. Editorial
 Siglo Veinte, España 1991
 Foucault, Michel; Microfísica do Poder; ed Graal; RJ:1979
 _____; Em defesa da sociedade; ed Martins Fontes; SP:1999
 Freire, Paulo; do Oprimido; Paz e Terra; RJ:1979
 Costa, Jurandir Freire; A Inocência e o Vício; Relume Dumará; 3. ed.;
 RJ:1992
 Hobsbawm, Eric; Como mudar o mundo, Marx e o Marxismo, 1840-2011;
 Cia das Letras; SP:2011
 Jenkins, Henry; Cultura da Convergência; ed Aleph; SP:2009
 Leslie Leonelli, Elisabetta: Las raíces de la virilidad. Editorial Noguer, 1987
 Nicholson, John: Hombres y mujeres. ¿Hasta qué punto son diferentes?
 Editorial Ariel, ISBN: 9788434408524; Psicología:1987
 Piaget, Jean; Para onde vai a educação?; ed. Jose Olympio; RJ:1978
 Pittman, Frank:: The masculine mystique. Networker. May/ June, 1990;
 Kaufman, Michael: Hombres, placer, poder y cambio. Ediciones
 Populares Feministas. Colección Teoría, 1990.
 Minayo, M. Cecília de Souza; O Desafio do Conhecimento; Hucitec –
 Abrasco; RJ:1996
 Reich, Wilhelm, A Função do Orgasmo, ed. Brasiliense, 15ª edição, São
 Paulo:1975
 Riviere, Pichon: El proceso grupal. Editorial Paidós, 1977.
 Savater, Fernando; Ética como amor-próprio; ed Martins Fontes; SP:2000
 Silveira, Paulo, Exercício da Paternidade; in Exercício da Paternidade; Paulo
 Silveira, ed. Artes Médicas, Porto Alegre:1998
 Vasconcellos, Vera M.R.; Desenvolvimento Humano, Psicologia e Cultura,
 in Silveira, Paulo; Exercício da Paternidade; ArtMed; Porto Alegre:1998
 Wilhelm, R.; I Ching, Pensamento; 11. ed.; RJ:1991
 Winnicott, D. W.; Os Bebês e suas Mães; Martins Fontes; SP:1988

Personagens de uma vida REAL!

Autor

César Marques

Educador social, participa da ONG “*Se Essa Rua Fosse Minha*”⁽²⁶⁾ desde a fase da escrita de seu projeto institucional, integrando a primeira equipe do Núcleo de Educação, a partir das ruas de Copacabana e Leblon. Foi o primeiro coordenador do Centro de Desenvolvimento Criativo do projeto, espaço conceituado na época, como “*Casas de Passagens*”. Sua origem é a Baixada Fluminense, região muito pobre, na periferia da cidade do Rio de Janeiro, composta por diversas cidades dormitórios, onde começa sua atuação com meninos e meninas que viviam em situação de rua. O teatro foi sempre onde “*afetivou*” seus diálogos educativos no encontro da teatralidade do humano. E-mail: cesar.marques@seessarua.org.br

Sumário

Estes textos reúnem histórias de personagens reais, de meninos e meninas que viviam em situação de rua, com os quais tive o prazer de conviver nos idos dos anos 90. O núcleo central de cada história é sempre um fato real gerador das rupturas, descobertas, mortes e renascimentos. A forma de registro em ficção é resultado de uma fricção poética que jorrava dos olhos dos meninos e meninas diante de suas próprias histórias, a lua cheia e as espumas do mar de Copacabana, a famosa cidade dos apartamentos. Assim, cada etapa aqui descrita é produto de algo vivido coletivamente, registrado por inúmeros olhos e ouvidos, transcritos por algumas mãos e corações.

Palavras-chave

Meninos e meninas em situação de rua, educadores sociais, acolhimento, Buius.

²⁶ A ONG “Se essa rua fosse minha” se dedica há 26 anos a construir “trampolins pedagógicos”, tendo como ferramenta o circo social, recebendo crianças, adolescentes e jovens de classes populares. Nosso trabalho é “Estender o arame, amparar a travessia e orientar o salto”.

<https://www.facebook.com/ongseessaruafofseminha/>

Personagens de uma vida REAL!

César Marques

... Em geral começávamos os encontros as 17hs e íamos oficialmente até as 20hs. Na verdade, na rua tínhamos sempre hora para começar e quase nunca horário de saída. Isto porque sempre haviam demandas para virar a noite. Seja pernoitar em hospital de emergência com meninas ou meninos adoentados, virar a noite na delegacia de proteção à criança e ao adolescente para garantir que não haveriam desvios nos atos de prisão, e ainda, no melhor dos casos, ser escolhido para ouvir pedacinhos de uma história de vida.

Neste período registrei uma série de história que cataloguei como “*A tribu dos Buius*”, porque há época havia uma enorme quantidade de meninos apelidados de Buiú.

Além deste momento de trocas e confidencialidade, as vezes tinha a curiosidade de circular pela orla de Copacabana, lendo seus corpos e modus de ser, fazer, existir e resistir enquanto circulavam do posto 1 ao posto 6.

As posturas corporais ora de intimidação ora de abandono, os afetos parceiros, as meninices, os brinquedos sensuais, os diálogos com os capoeiristas, com os malandros, com os gringos, com os religiosos, pesquisadores, e nós, os educadores.

As histórias que eu ouvia, mais do que respostas, sempre me enchiam de novas perguntas, sobre personagens omissos, contextos históricos e direitos das crianças e adolescentes.

Acreditando na licença poética de quem conta um conto...

comecei a reescrever estas histórias... aumentando um ponto! Ora de exclamação, ora de interrogação.

OS DEZ NEGRINHOS (Na maratona da sobrevivência)

Assim que acenderam a pira, tocou a sirene da patrulhinha e ouviu-se um estampido.

Caco, Buiú, Ruço, Rato, Cabelo e outros cinco negrinhos saíram em disparada pela Atlântica sob os gritos da população e os olhares azuis e atônitos dos turistas que exclamavam: “*Oh my god! Polícia! Polícia!*”

Os Dez Negrinhos deixaram para trás o Leme e seus moradores que desciam dos apartamentos e ganhavam o Morro do Chapéu Mangueira procurando visão panorâmica enquanto ensaiavam timidamente a “Dança da Bundinha” numa *Jam Session* de rap, *funk* e *gospel organizada* pela Vice Prefeita.

A Av. Princesa Isabel (ponto de partida) estava repleta de abolicionistas junto ao pessoal do movimento negro, que aproveitou o disparo para trocar as placas da avenida, inaugurando assim a Boulevard Zumbi dos Palmares.

No calçadão do Lido, esquina com a rua Belford Roxo, um educador social *rastafari* distribuía quentinhas, enquanto organizava a torcida de um grupo de meninos (as) de rua para saudar a passagem dos nove negrinhos.

Os nove Negrinhos tomavam de pés, peito e alma a av. Atlântica correndo livres – *como se aquela rua fosse deles* -,

cruzando acintosamente os carros importados que conseguiram entrar no país antes do aumento das alíquotas.

Ao passar pelo Copacabana Palace os negrinhos foram ovacionados por um grupo de travestis, que da sacada da suíte presidencial, acenavam lençinhos cor de rosa causando inveja à tribuna de honra montada no *gayosque* da praia, onde o Presidente da República, o Governador do Estado, o Prefeito e o Arcebispo acalentavam o rei do futebol que chorava feito criança enxugando as lágrimas numa bandeira desbotada que fora hasteada na última hora.

Com rapidez cinematográfica chegaram – acionados pelo disk denúncia – o Batalhão de Choque da P.M, o Corpo de Bombeiro da zona sul, um grupo de elite da Divisão Antissequestro e seis batedores do exército que tinham como função abrir caminhos para os oito negrinhos finalistas da Primeira Maratona de Resgate da Cidadania da Criança e do Adolescente em Situação de Rua, em comemoração à retomada da Lei de Segurança Nacional

Os oito negrinhos atravessaram emocionados o corredor montado pelos policiais que, erguendo seus cassetetes em saudação, lembravam a entrada de Cristo em Jerusalém conforme observação lacrimosa de uma senhora da Legião de Maria, que fazia distribuição de cobertores *peleja* para uma família de mendigos recém-chegada de Brasília.

No posto 5, um ex-governador acenava da janela - pensando que a banda tocava pra ele - enquanto um grupo de garotas de programa reprovadas no extinto Programa de Educação Juvenil

do CIEP Humaitá, fazia um coro com um grupo de *patricinhas* organizadas pela Isabelita dos Patins para torcer pelo Buiú, que era o mais articulado dos sete negrinhos - por fazer michê na área.

Os Sete negrinhos corriam com bermudas da Ciclone (doação de uma emergente *drogadicta*) camisas da Alternativa, doadas por um Delegado da Polícia Civil (todos números X-9) e pés descalços porque na última hora a Nike e a Redley cancelaram o patrocínio e as doações dos *playboys do jiu jitsu*, que frequentam a boca de fumo da ladeira dos Tabajaras e haviam chegado atrasados por conta de uma *batida policial*.

Um grupo de socialites encabeçadas pela senhora Titi de Carvalho (sob a lente da TV Holanda e da Globo) entregavam garrafinhas de Gatorade para os meninos. Um grupo de intelectuais da janela da suíte do Othon Hotel comiam canapés, faziam anotações e vomitavam erudições sobre “crianças, adolescentes e a sociologia das marquises” enquanto um grupo de pivetes e garçons do restaurante Meia Pataca faziam o sinal do C.V para os corredores atrasados.

Do playground de um apartamento de luxo, dezenas de crianças se penduravam nas grades daquele edifício de detenção para saudar os meninos e, enquanto faziam suas apostas no banco imobiliário estudando porquê o Econômico tinha falido, como o Unibanco havia comprado o Nacional e o Itaú comprado o Banerj subvencionado pelos cofres públicos.

Os Seis Negrinhos quando atravessavam o *triângulo*

das Bermudas, na esquina da Rua Miguel Lemos em frente à boate Help, foram ovacionados por um grupo de gringos que embarcavam num ônibus da Breda, sem saber que o proprietário da empresa de turismo havia sido sequestrado na noite anterior.

Os seguranças da churrascaria choravam emocionados abraçando os gringos, enquanto surripiavam suas carteiras e máquinas fotográficas, passando para um policial à paisana que as atravessava para um molequinho franzino que corria e entregava numa patrulhinha que estava parada ao lado de uma banca de jogo do bicho na rua Aires Saldanha.

Os intrépidos da trupe, que davam aula de acrobacia para um grupo de adolescentes atendidos por uma ONG, pararam para aplaudir os negrinhos sem perceber um gordinho que estava no ar terminando um salto mortal, que ao cair sem apoio e com firmeza, gritou feliz: “Tio! Tio!” Quando um estrondoso *pssiu* encheu a avenida calando sua alegria.

Como uma liminar havia derrubado o pedido de exclusividade da Globo, todas as emissoras transmitiam ao vivo para 160 países; porém, como a Globo havia conseguido passar os cabos de sua TV de assinatura pelos buracos abertos pela prefeitura, ampliou para 171 o número de transmissões internacionais.

Galvão Bueno que era o locutor oficial, do ponto de vista do planalto, pediu ao operador para deixar no ponto o tema do Ayrton Senna para soltar quando da bandeirada final.

O emaranhado de fios das emissoras formava uma teia que parecia a trama onírica que se formava na cabeça de Gaguinho,

que enquanto corria sonhava com a vitória e a casa em Japeri que ia comprar para família que atualmente morava no Túnel Novo de frente para o Rio Sul.

Os Cinco negrinhos, de repente, começaram a correr de costas, causando perplexidade na multidão que já se espalhava por toda extensão da Av. Atlântica. Quando o close do telão revelou o ritmo acelerado do coração de Gaguinho e as lágrimas nos olhos de Buiu, foi que percebemos que o Meridiam acabara de iniciar o ensaio de sua queima de fogos.

E como as lágrimas de Buiu, uma cascata de luz escorregava pelas paredes do prédio explodindo nas marquises acompanhando cada passada dos negrinhos com medo de que eles também pudessem desaparecer numa esquina.

Os Quatros negrinhos não atentaram para os perigos da curva em L, que teriam que fazer para entrar na rua Francisco Octaviano para alcançar o retorno na rua Raul Pompéia. Caco o mais veloz, medindo mal a freiada derrapa, bate na mureta sai capotando e rola para baixo de um Tempra da Polícia Civil que estava trazendo o Castor de Andrade para passar o fim de semana com a família.

Os Três negrinhos, Zumbis na selva de pedras, entraram na Francisco Sá e tomaram a Alameda Saint Romam sem ver ao longe os médicos do Hospital de Ipanema, que mesmo em greve, faziam plantão na emergência porque na última hora a Amil e a Golden Cross cancelaram a participação, pois foram convidadas pelo Ministro da Saúde para articular a privatização do INAMPS.

Na parte mais íngreme do Cantagalo, os dois negrinhos Buiu e Gaguinho, sem entender ainda a ausência dos oito, reuniam seus últimos esforços na reta final. Ao longe, bem no meio do Pavão-Pavãozinho já podiam ver, ao lado da *boca de fumo*, o *néon* do Palácio Guanabara recém transferido para aquele local, sediando também o escritório central da Comunidade Solidária.

Os Dois negrinhos sentindo tanto as perdas e já com medo de grupos de extermínios resolvem não mais competir. E de mãos dadas correram os metros finais.

Quando cruzaram a reta final, o fogueteiro oficial do narcotráfico, vestindo o uniforme dos Dragões da Independência, comemorou a chegada dos heróis soltando uma rajada de fogos de AR.15 e AK 47 (importada legalmente por um embaixador em Israel).

Com os estampidos, Buiu acorda assustado e ainda vendo os policiais atirando nos seus oito amigos, levanta-se desesperadamente da marquise da Candelária, saindo em disparada pela Primeiro de Março acompanhado do Gaguinho deixando para trás um grupo de policiais que tomados de cólera e por conta de uma lata de cola, retiravam oito negrinhos da maratona da sobrevivência, assassinando seus sonhos de meninos.

Descendo ainda a Primeiro de Março, depois do arsenal da marinha na curva da São Bento em direção à Praça Mauá, os dois negrinhos ainda de mãos dadas bebiam em *traveling* a imagem de uma preta velha que cobria seus dois filhos com papelão de geladeira cantarolando profeticamente: “*Dorme neném que a cuca vem pegar...*”

Talvez na expectativa de um Ano Novo mais feliz... a cascata do Meridien rolou outra vez nos olhos dos dois negrinhos assustados.

A EMBARCAÇÃO

Assim que três apitos graves e longos cortaram a ressaca daquela manhã de segunda feira, a embarcação apontou na cabeceira e começou a descer lentamente o rio, procurando se desvencilhar dos obstáculos.

O barquinho de jornal fazia uma descida de manobras arriscadas para evitar os galhos de árvores, as sacolas de supermercados cheias de lixos e coliformes fecais que tomavam quase todo leito daquela vala suja, daquele rio de esgoto que se desenhava a céu aberto por todo o lugarejo.

O olhar que fotografava a embarcação naquela manhã de chuva fina, era triste e tinha uma ponta de revolta, projetada de um olho emoldurado por hematomas esverdeados no rosto de um molequinho serelepe, que agachado numa das margens atirava pedras na água para auxiliar o comandante imaginário que nos seus sonhos conduziria aquela embarcação até a cidade dos apartamentos.

Se soubesse ler, o moleque daria conta que nas imediações da vela de sua embarcação uma notícia de primeira página afirmava que o governo iria investir bilhões em saneamento na baixada fluminense naquele ano. O que se de um lado aumentaria sua qualidade de vida, por outro, extinguiria a vala onde ora

navegava seu sonho de partida.

Mas talvez porque o jornal fosse velho e a notícia muito usada, as promessas estavam no lixo.

Na verdade, por mais que sua mãe lhe orientasse sobre o perigo daquela vala, onde ratos, mosquitos e outros bichos faziam proliferar doenças no meio do lixo que se debruçava por suas margens, aquela vala lhe era familiar, comum e simbiote com sua casa, um puxadinho de quarto e cozinha com banheiro externo.

Na época das enchentes, a vala e sua casa se fundiam num só espaço, enquanto os poucos móveis da casa, *inclusive uma cristaleira que ele achava linda* iam para vala, sua casa era sempre invadida por sapos, ratos e cobras de duas cabeças.

Por inúmeras vezes seu barquinho de papel encalhava em corpos humanos, muitas vezes importados da cidade dos apartamentos que eram ali jogados, dentro de enormes sacos de lixo e ficando várias semanas até que o rabeção viesse içá-los

Mas ainda assim, aquele era o seu lugar predileto quando estava triste. E agachado na mesma posição, muitas vezes já ouvira na outra margem, vários homens de ternos prometendo colocar manilhas para acabar com aquela situação *degradante resultante de descaso do governo anterior*

Aquela manhã era diferente, embora fosse mais uma que não tomaria café com leite, pão e manteiga, nem iria a escola tomar leite com melado ou comer arroz com peixe e pirão. Seu coração estava conturbado e havia paralização na sua escola.

Ele não sabia, mas seria um dia de inevitáveis rompimentos

e possivelmente o mais doloroso, seria virar a casaca, e deixar de torcer pelo flamengo, clube que aprendera amar fielmente durante seus dez longos anos de vida.

No amanhecer do dia anterior, ele já sabia que não seria um domingo especial, porque estava distante o dia que sua mãe receberia a pensão do seu pai - que falecera quando de um tombo do andaime - portanto, não haveria toddy pela manhã e nem costela com batata cozida no almoço.

Porem a expectativa de uma grande partida do flamengo, que assistiria da janela da casa do vizinho, o deixava radiante. Quando o juiz apitou o final do jogo em que o flamengo perdia de 3x1, ele não imaginava que o pior ainda estava por vir.

Após a derrota ele foi dormir tão magoado com as encarnações dos amigos, que a dor de cabeça anestesiava e emudecia a dor e o ronco do estômago vazio.

La pelas tantas seu padrasto que também era flamenguista, chega embriagado, *dá um pé na porta*, e entra enchendo o quarto com um bafo de cachaça com sardinha frita e sanduíche de mortadela.

Esta era outra coisa que ele não conseguia entender: como podia passar fome por falta de dinheiro na família e seu padrasto conseguia quase sempre chegar em casa embriagado.

O homem entrou cambaleante e desabou na cama, que era um monte de tábuas improvisadas em cima tijolos, abrindo-se no colchão de molas quase jogando sua mãe no chão.

Sua mãe não chegou a acordar, pois sempre ia dormir morta de cansaço, porque normalmente as cinco da madrugada já estava de pé para iniciar a lavagem de filas de trouxas de roupas

que passava e levava para as madames que moravam na cidade dos apartamentos.

Ele sabia também que ela aumentara o número de trouxa de roupas, pois era dali o único dinheiro que entrava naquela casa, a seis meses do desemprego do seu padrasto.

O início da conversa do seu padrasto com sua mãe ele já conhecia de cor e salteado. Primeiro ele a chamava de vários diminutivos bastante afetivos (*benzinho, amorzinho*) depois sobre ela, subindo e descendo começava a suar, depois a xingá-la de cachorra e de galinha. Em seguida ele rangia os dentes e rosnava enquanto ela imóvel mordida o travesseiro para que ninguém percebesse que ela chorava baixinho.

Neste dia, como nos outros, só que de forma mais violenta, o padrasto termina por espancá-la. Desta vez enquanto batia, ele gritava o nome de todo ataque fracassado do flamengo, do goleiro, que dizia ser *frangueiro* e principalmente do juiz que deu aquele pênalti no início do segundo tempo.

Buiu que dormia numa tarimba improvisada bem abaixo da cama do casal improvisado, onde dormia sua mãe e seu *padrasto* mais improvisado ainda, ao contrário dos outros dias que fingia dormir, levantou-se imediatamente tentando interferir a favor de sua mãe.

Talvez porque tinha dormido com a camisa número 10 do Flamengo que ganhara da patroa de sua mãe, o padrasto com ódio animal, investiu sobre ele batendo primeiro com a sandália havaiana da mãe, chegando até à arrebentar as tiras, depois com a correia que segurava sua calça de brim

coringa, e, não satisfeito deu-lhe vários socos na cabeça e um direto no olho.

Sua mãe entrou na frente como sempre fazia, e como gritou para que Buiu fugisse para o quintal da casa, onde ficava a “casinha” (um banheiro feito de madeira) Ali ele passaria mais uma noite com frio e medo do bicho papão.

O barquinho que descia a vala, já ganhava o valão que segundo Buiu, iria desembocar no mar, que fazia um colar por toda a cidade dos apartamentos.

Lembrando do dia anterior e vendo o barquinho ganhar o mundo, Buiu começa a correr desesperado pelas margens da vala, saltando lixo, espantando ratos, pisando em cacos de vidros, misturando sangue e lagrimas tentando alcançá-lo. Quando de repente ouve bater a cancela.

Belém ! Belém ! Belém ! Belém!

Olha a bala juquinha ! Picolé ! Gelado e doce ! Amendoim torrado cinco podre e dez queimados !!!!!Mulher bonita não paga e também não leva !

Um cortiço horizontal e ambulante desfilada em slow-motion à sua frente desvelando um grupo de rapazes que como gatos saltavam pelo teto, outros que pendurados na porta seguravam suas marmitas enquanto no interior, vários homens jogavam sueca e outros se penduravam nos cangotes das mocinhas, observados pelas senhoras que ruminavam balas juquinhas sem perceber as crianças que esmagavam o nariz nas janelas estilhaçadas.

O trem vindo de Belford Roxo com destino à Central do Brasil atravessava lentamente a estrada de ferro que cortava por sobre o leito onde se perdia sua embarcação. E no meio das vozes dos vendedores ambulantes que circulavam pelos vagões um rapaz franzino que vendia chiclete usando um boné da Redley lhe estende a mão com um anjo convidando-o a subir.

Enquanto o rapaz estava explicando o valor da comissão dos chicletes, quem era o cara que passava a droga e as maravilhas de Copacabana, Buiu perdia o olhar em sua casa, cada vez menor e mais distante ostentando a bandeirinha do Flamengo no telhado substituindo a antena da “tv/pb” que nunca funcionou.

Enquanto isso, seu barquinho encalhado ia se desfazendo nas águas deixando ver a manchete do Jornal que alertava para o extermínio de meninos de rua no centro do Rio de Janeiro.

O CORDÃO UMBILICAL

Assim que Ele nasceu em cima de uma pia na emergência do hospital da Posse em Nova Iguaçu, sua mãe gritou com o médico impedindo-o de cortar o cordão umbilical.

Ela sabia que aquele cordão seria crucial para mantê-lo unido à família, que sobrevivia da venda de chicletes no cruzamento da Av. princesa Isabel com atlântica, e afastado dos “meninos de rua” que circulavam pelo quarteirão.

Para ela, os “meninos de rua, eram crianças que perderam as mães, que por sua vez perderam os maridos, que por sua vez

perderam os empregos, que por sua vez levaram “um perdido” dos governantes que perderam o senso de justiça e cidadania.

O que ela não contava era com a amizade de seu filho Buiu e Marx (ambos com nove anos) um menino sarara que era aviãozinho no morro do chapéu mangueira e fazia freelancer naquela área batendo carteira de gringo.

Marx era uma ameaça para mãe de Buiu que saía da Baixada Fluminense segunda feira pela manhã e só retornava com a família no sábado, tendo que administrar um negócio que envolvia mais seis funcionários, todos irmãos de Buiu, debaixo de uma marquise de onde gerenciava propinas para os policias, aluguel de papelão para novos mendigos, preenchimento de questionários de programas de remoção de famílias e servia de guia para pesquisadores universitários e televisões estrangeiras.

Cada vez que Marx se aproximava de Buiu com seu gingado capoeira e sua conversa mole sobre mais valia, capital/trabalho e poder paralelo, ela sentia o cordão umbilical roçar perigosamente no meio fio.

Os dois moleques perdiam horas na praia discutindo os lucros dos patrões, seus ganhos na venda dos papelotes, dos chicletes enquanto partilhavam seus sonhos de saírem das favelas e morar na cidade dos apartamentos.

Buiu sempre surpreendia Marx com sua capacidade fazer cálculos mentais; mas quando o sarara escrevia os **números na areia** para mostrar as percentagens, Buiu só conseguir ler tristeza e revolta. Ainda bem que o mar imediatamente interferia, lambendo o quadro branco com sua espuma, convidando os meninos para um mergulho e depois saírem chutando água na beira da praia

até chegarem ao posto 6 onde repartiam democraticamente um cigarro de maconha.

Buiu que não chegara a realizar seu sonho de entrar para o CIEP próximo a sua casa, devido sua longa jornada de trabalho, admirava Marx por ele ter conseguido concluir a quarta série “com louvor” e saber calcular em porcentagem seus ganhos com os papelotes de cocaína que trazia para o asfalto.

Marx alertava buiu para relação de exploração no trabalho. Buiu respondia que não era empregado, que trabalhava para ajudar a família; Marx procurava convencê-lo do futuro promissor que teria no narcotráfico com seu tino para vendas, demonstrado pelo número de chicletes que vendia por dia;

Buiu questionava se no narcotráfico não havia exploração. Marx relativizava mostrando havia maior participação nos lucros possibilidades de usufruto dos produtos, capacitação e promoção automática em áreas afins.

Os dois caminhavam, filosofando animadamente chutando pedrinhas portuguesas soltas pelo calçadão sem notar que ao passarem algumas senhoras apertavam as bolsas contra o peito, outras escondiam-se atrás dos seguranças das boates, gringos atravessavam a rua em disparada, playboys escondiam seus tênis Nikes e que os motoristas fecharam os vidros dos carros, quando fechou o sinal na esquina da Miguel lemos.

Marx e Buiu em seus bate papos davam caminhadas cada vez mais longas, atravessando vários sinais, saindo dos limites materno-territoriais, tencionando ainda mais o cordão umbilical, já puído pelo meio fio e pela fragilidade do apelo afetivo nas relações trabalhistas.

Numa destas caminhadas, Marx mostrou a Buiu a cobertura de um prédio imponente erguido sobre uma delegacia, onde segundo ele morava o chefe, o do dono morro, exemplificando sua fala sobre a prosperidade dos negócios de drogas que segundo ele, Buiu poderia conciliar tranquilamente com o negócio dos chicletes.

Era uma tarde chuvosa quando Buiu foi convocado pela conselho diretor do sindicato matronal, que estavam reunidos em caráter extraordinário sob a marquises de um hotel cinco estrelas, para inquiri-lo sobre a relação com o sarara Marx.

Todas diretoras mães - até aqui os pais eram ausentes - do ramo de chicletes, flores, mendicância em caixas eletrônicos e etc., diante de todos os filhos/funcionários foram unânimes em afirmar que aquela amizade poderia levantar suspeitas sobre a lisura e credibilidade dos negócios das famílias.

Fizeram um discurso em tom materno-religioso sobre a importância de vencer na vida com seu próprio esforço, sobre o trabalho honesto, que o trabalho dignifica o homem e coisas do gênero.

Ao final para adoçar seu coração, lhe presentearam como um novo chiclete de bola com o recheio de mel e figurinhas dos cavaleiros do zodíaco.

No dia seguinte quando Marx vinha em sua direção Buiu disfarçou, e atravessou a avenida sem esperar o sinal fechar. Quando já ia tomando o calçadão uma caminhonete da prefeitura parou e despejou sobre ele uma tropa de guardas-municipais que lhe tomou todas as caixas de chicletes lhe deu tapas na cara e o mandou passear.

Buiu chorava desolado quando seu olhar encontrou Marx do outro lado da pista. O silêncio e o olhar em preto e branco

dos dois selou um pacto que foi cortado pela figura colorida de um gringo que atravessava a pista com sua camisa de seda, boné do Chicago Bulls, máquina fotográfica sobre o peito, tênis nike e uma carteira de couro recheada dançando nos largos bolsos de uma bermuda de arqueólogo.

Sem tirar os olhos de Marx e da carteira do turista, Buiu atravessou hipnótica e lentamente a avenida, sem perceber que um carro oficial, com placa metade verde/ metade amarela, acabara de avançar o sinal e com uma grande pancada, cortou seu cordão umbilical que ainda se estendia languidamente pelo meio da avenida.

DNV²⁷

Respeitável público aqui está à foto dela, nossa estrela maior: Larissa! A menor e a melhor equilibrista deste circo de todo mundo! (rufos de tambores)

Mais cores em Venda Velha

Parceria da prefeitura com a Ong Se Essa Rua Fosse Minha pretende ampliar a ação do Circo-Escola Benjamin de Oliveira na região

A loja armada em uma praça do Parque de Exatidão, Associação de Cavalos chama atenção não só pela importância, mas também pelo interesse que vem de jovens e adolescentes que frequentam um dos mais modernos espaços culturais do município. Criado e mantido pela ONG Se Essa Rua Fosse Minha, o local tem aulas gratuitas de atividades circenses e produção cultural e há alguns anos vinha tendo problemas com a invasão de lixo que tomava conta da área. Desde janeiro, são quase 300 jovens aprendendo a arte circense. O Governo atual pensa em manter a parceria com a instituição. Para começar, o terreno será cedido à ONG,

para que eles tenham mais autonomia. Mas queremos ver de perto, não temos como contar as atividades, mas podemos ajudar a dar o que eles precisam que é dar visibilidade ao trabalho em andamento que eles trabalham. O diretor e secretário de cultura.

Um dos responsáveis pelo espaço, Antônio Costa da ONG Se Essa Rua Fosse Minha, diz que toda a área será bem cuidada. Ele conta que as atividades que começaram com recursos da Prefeitura, hoje são custeadas por duas entidades internacionais. Mas diz que a prefeitura pode ser um ator importante no trabalho de intervenção entre a ONG e professores



Desde janeiro, quase 300 jovens aprendem a arte circense.

27 Sugestão de Paulo Silveira (com autorização do autor): antes de lerem esse texto, sugiro-lhes que fechem os olhos e imaginem um picadeiro do circo, onde você leitor será o apresentador(a) que introduzirá a artista lendo esse texto. Assim, as assertivas entre parênteses devem ser incorporadas ao teto pelo leitor (rufo dos tambores) e os sons (óóóó'), (áááá) e (úúúú) devem ser acompanhados com os braços levantados e as mãos vibrando, permitindo que cada um de nós preste essa homenagem Larissa, nossa heroína, que apesar de tudo está ali no picadeiro para nos entreter, nos distrair. Obrigado Larissa.

Esta menina intrépida que se diz chamar Larissa e que tendo apenas supostos nove anos de idade já se arrisca até em salto mortal! (óóóó) Isto porque senhoras e senhores do seu salto vital ninguém quer mais saber depois que ela perdeu seu precioso DNV (áááááá)

Esta menina linda que fora daqui participa também de outro circo, que vocês comprovaram comigo, tratar-se de um verdadeiro circo dos horrores. (úúúúú).

Senhoras e senhores, ela, atualmente, se não mente, esta morando com sua avó materna, sem ver a sua senhora mamãe desde os quatro anos de idade e sem conhecer seu papai o Senhor *Paignorado*. Com tudo isto, ela nunca perde o equilíbrio nem o rebolado quando cambaleia de um para o outro lado com seu monociclo encantado.

Ela se equilibra neste grande monociclo- que tem o dobro de sua altura- sempre com um largo sorriso, iluminando sua figura e emoldurando sua boca, de onde também manda beijinhos recheados com belos palavrões quando alguém se atreve a chama-la de Ana, Alfa ou Beta.

Ela briga, salta e se irrita porque afirma com certeza umbilical que realmente se chama LARISSA, mesmo não tendo nada para comprovar tal identidade, digamos assim, artística. Alegre e radiante a única coisa que deixa esta menina prodígio triste é lembrar que não foi aceita na escola municipal do terreno baldio por não ter uma tal de certidão de nascimento, deixando-lhe um tremendo vazio. (ááááá)

Mas acreditem, minhas senhoras, ela jura de pés juntos

diante da imagem sagrada de nossa senhora dos palhaços que quando nasceu de cesária e prematura que era muito pequenininha para saber fazer um papel daqueles com tantos carimbos, nomes (im)próprios e tantas letrinhas.

Digníssimos público pagante, convidados e omissos, acreditem até o nosso domador de leões com seu chicote estalante esteve com a menina na prefeitura, na ação social e no conselho tutelar e municipal para exigir uma resolução, mas quase sempre encontrou um silêncio burocrático e piora na situação.

A avó recusou assumir a maternidade no papel com medo de que a mãe/filha drogadicta pudesse voltar cheia de pedras na cabeça e quebrar tudo dizendo - minha filha ninguém rouba não!

E o pior é que até hoje ninguém sabe ao certo onde esta menina artista nasceu, por que ninguém acha um tal de DNV (declaração de nascido vivo) que um dia um médico palhaço dos doutores da alegria lhe concedeu com cortesia.

Será que ela nasceu na baixada? Na zona oeste, no Sul ou no Leste? Ou seria nas nebulosas nuvens onde nascem todas as estrelas?

A questão é que ao contrário da montanha que vai a Maomé se este não vier, a avó, diarista, ameaçada de ser presa, tem medo e não tem tempo livre para ir a conselho e o conselho não tem carro livre para ir até a avó. Por isto senhoras e senhores! O Grande circo *NÓS TA TENTANDO* está oferecendo inteiramente grátis um curso de como andar de monociclo, uma econômica bicicleta de uma roda só, para todos conselheiros e os sem conselhos de toda cidade deste circo de horrores chamado Brasil. (êêêêê)

Mas acontece que de longe e sem afeto o conselheiro só faz o que diz ser a lei e o que pensa ser o certo: Retiraremos a menina da família e entregaremos a um abrigo! Um abrigo? Mas que perigo! Sem mãe drogadistante, sem paignorado, sem vó diarista, sem favelas, pistas e vielas e sem circo na vida dela?

Larissa agora vive na casa de uma tia macumbeira, disse a prima evangélica, mas as vezes também está na casa da avó dela, com isto passa muitas noites na corda bamba, subindo e descendo a favela com um monte de homens fazendo psiu e oferecendo dinheiro para ela. Mas agora pasmem, eles fazem tudo isto sem ela estar se equilibrando no seu monociclo! Isto não lhes parece um tanto quanto esquisito?

Mas dissemos tudo isto, abrindo nosso coração, para revelar que em verdade nossa grande artista não vai estar hoje nesta nossa admirável sessão (óóó).

Mas não se preocupem meus amigos, se preciso for devolveremos o dinheiro do ingresso, porque já pagamos inclusive a propina pro congresso.

É porque nossa menina hoje está gritando de dor circulando por todo Rio de Janeiro tentando encontrar um dentista de bom coração que lhe atenda sem precisar da danada da certidão.

Respeitááááável Público, Alegrai-vos, porque, agora sem mais delongas, com vocês (rufos) o maior espetáculo da terra o grande circo(lo) da proteção integral apresenta o magnifico espetáculo de circo-teatro-DNV: DOCUMENTO DOS NASCIDOS (quase) VIVOS!! OU DIZENDO NÃO A TODO TIPO DE VIOLAÇÃO.

Cracolândia ou Disneylândia

Autora

Esmeralda Ortiz

Escritora, jornalista, ex-usuária de crack e ex-moradora de rua.

E-mail: esmelortiz@yahoo.com.br

Sumário

Como o descaso do crack foi abordado até hoje e somente agora com a epidemia que a organização mundial de saúde reconhece o problema com drogas como um problema de saúde, só que o crack mata assim como o álcool, e os mesmo são olhados e tratados de forma totalmente diferente. A Disneylândia do crack dilacerou a partir do momento que os pobres são tratados como marginais e os ricos como doentes. Sendo assim as drogas continuam matando sonhos de muitos jovens, crianças e idosos pelo Brasil a fora, começa como uma diversão e termina no caixão.

Palavras-chave

“cracolândia”, “discriminação”, “usuária de crack”, “retomada de vida”, “pobres e ricos usando crack”, “a miséria e o crack”.

Cracolândia ou Disneylândia

Esmeralda Ortiz

O vício do crack, antes de matar ele humilha, vai matando os sonhos, as esperanças, a moral, a dignidade, a fé...

Como eram difíceis minhas manhãs ao ouvir os pássaros cantando isso pra mim era a morte, pois os pássaros proclama um novo dia, e mais um dia lá estava eu me matando, pagando em dez, em dez a minha morte. O pior, era que a morte não vinha, somente sorria da minha cara e me deixava morrer a contra gota.

Você já se imaginou estar trancado num quarto escuro fazendo psiu! Mas psiu pra quem, sendo que não tem ninguém no quarto.

E esses caras que eu sempre ficava achando que iria invadir a qualquer momento, quem são eles, não conseguia dar característica a eles, se eram, policiais, bandidos, ninjas, ladrões... só ficava trancada e abaixada achando que os caras iriam invadir.

Que vida miserável, acredito que que o crack veio para roubar, matar e destruir, pois quantas famílias hoje chora por ter seus antes queridos presos na escravidão do próprio ego. Porque é tão difícil para uma pessoa abandonar o vício do crack, mas como posso ressaltar que é difícil se acabei de completar 15 anos limpa.

Estava no inferno e não sabia como sair de lá, era um ciclo vicioso, suja, três meses sem tomar banho, sonho destruído, esperança despedaçada e morte espiritual.

Até que senti um sopro em meu coração, esse sopro era o da música, ela rocava lá no meu âmago, bombeava sangue pro meu coração e libertava minha alma....

Não tinha escolhido a música, mas ela me escolheu desde o ventre da minha mãe, e assim ela foi trilhando o roteiro da minha vida.

Mas antes de eu a conhecer, eu sofria muito, sangrava a minha alma ao viver naquele mundo obscuro do crack. Vi mãe trocando o filho por um pedacinho de crack, irmão matando irmão, o descaso do governo e da sociedade, pois até então o crack era um problema de pobres, pretos e prostitutas desvalidos, na verdade ninguém queria ver que essa era somente uma pandemia que estava adentrando todas as casas, classes e sociedade.

Conheci a cracolândia ainda nem era cracolândia e sim boca do lixo: ali era na verdade lugar de intrujões - (pessoas que compram e vendem produtos roubados ou trocam tudo que não presta), Tinha a rodoviária alí na luz, onde as pessoas que vinham pra São Paulo e não tinham oportunidades na vida acabavam ficando por ali mesmo, havia muitos cortiços e hotéis baratos, isso também era um chamariz para atrair pessoas de baixa renda ou até mesmo operários a ficar e trabalhar na região central... Ali era região onde as prostitutas, traficantes e usuário de injetável, cocaína se misturavam junto a essas pessoas.

Quando o Crack chegou em São Paulo os traficantes preferiram usar a luz como espaço de venda de crack, e assim surgiram os usuários que adotaram a luz, de preferência as ruas do Triúnfo, Gusmões, Aurora, Mauá, República para o consumo das drogas.

Isso foi se proliferando como se fosse uma epidemia. As autoridades, mídia e sociedade ao ter conhecimento da nova droga, achavam que eram drogas de pobres, e que elas estavam imune a essa epidemia.

Éramos tratados como vagabundos, ladrões, sem vergonha e lixo da sociedade, mal sabiam eles que já estavam entrando nas escolas, nas mansões, nas prisões nem se conta, no senado, na medicina, nas baladas... Muitos familiares tinham medo de falar que seu filho usava drogas, e quando descobriam só falavam que eles já usaram maconha e cocaína, crack não!

A falta de informação, de orientação foi somente proliferando mais essa epidemia que hoje chamamos de pandemia.

Porque isso.

Justamente porque a O.M.C não reconhecia o problema com drogas sejam ele qual for é uma doença, outra coisa era, somente os ricos tinham condições de ter tratamento sobre a dependência química, já os pobres ainda é borrachada e xadrez.

Tudo isso além de viver na pele, via pessoas ao meu redor passar por isso.

A primeira vez que fui presa era porque estava sozinha na rua, a outra vez porque estava fumando uma pontinha de maconha, e a pena foi maior, pois era crime usar drogas; pior policial apontou uma metralhadora na minha cara eu com 9 anos de idade, foi a primeira vez que fumei maconha e a casa já caiu e caiu feio me levaram presa, e eu sem entender nada.

Mesmo na década do final dos anos 80, as pessoas fumavam maconha e cheiravam cocaína nas portas das grandes

faculdades da cidade e nunca foram presas, alias, tinham até proteção policial e segurança para que elas usassem drogas sem serem incomodadas...

Já no meu caso se os policiais me pegavam usando drogas eles davam choque, torturavam, humilhavam e me mandavam presos.

Os ricos quando usavam drogar a família para camuflar ou até mesmo em desespero mandavam eles para uma clínica e lá eles descobriam que eram doentes...

Estranho o tratamento que dão as ambas classes né.

Vi muitos amigos meus que foram criados comigo morrerem sem ao mesmo terem a oportunidade de encontrarem um caminho, ou até mesmo nem sabiam que tinham uma doença, progressiva, incurável e fatal.

Triste ainda é ver os filhos deles seguirem o mesmo caminho: órfãos do crack, mais triste ainda é ligar a TV e ver mães amarrando os filhos na corrente para eles não terem que ir usar drogas, ou ver mães indo na boca tentar resgatar seus filhos.

Sou feliz por ter me safado dessa ilesa, porém meus 15 anos não me diz nada, tenho que estar sobre vigilância 24 horas por dia.

No mês de fevereiro foi internada 2 vezes numa clínica de recuperação, pois estava fissurada em usar drogas, quase recaí.

Há 15 anos que parei de usar drogas, há 15 anos que sonho que estou usando crack, muitas vezes sinto o cheiro da droga, sonho com a droga, sinto o gosto da droga e penso nela, tem dia que é 24 horas por dia, meu corpo mente e espirito pedindo ela.

Quando digo não, sou bombardeada por angustia, depressão e medo... Tenho que multiplicar meu dia em 3 horas, 1 hora, até mesmo um minuto para não recair.

É lógico que minha vida não é só tristeza, sou muito mais feliz que triste, tenho bons momentos quase que sempre, porém há uma sombra do passado chamado drogas que tenta me destruir, mas sou resili ente e digo não a mesmo querendo dizer sim.

Minha doença da obsessão e compulsão se manifesta em várias áreas: comer de mais, amar de mais, gastar de mais, transar de mais...

Tudo pra mim tem de ser de mais ex: se ouço uma música quero ouvi-la de mais, se como uma lasanha quero comer de mais, se começo a namorar já quero pular o processo e casar...

Dai para diminuir essa obsessão e compulsão trabalho o meu espiritual, físico e mental, isso me ajuda a diminuir essa obsessão.

Uma coisa digo e afirmo: é possível ter uma qualidade de vida sem drogas, é possível viver sem as drogas!

Sou prova viva disso. Sim, a luta é diária, mesmo assim é possível.

Não virei santa, apenas me limito a evitar pessoas, lugares e coisas, pois como posso parar de usar drogas e ficar andando com os caras da boca de fumo. como posso parar de usar drogas e ficar na mesma web dos caras que usam. Como posso parar de usar crack e andar com um cachimbinho no bolso ou pescoço.

Isso se torna armadilha fácil para eu voltar.

Nessa luta contra o crack na minha vida consegui até parar de fumar cigarro. Já não patrocino o traficante nem a indústria de cigarros. Isso é muito bom.

A caminhada é longa, mas já consegui me formar, hoje sou jornalista e em minhas pautas sempre tento abordar assuntos que enfoca a questão das drogas, consegui escrever dois livros, até a ex- primeira dama dos estados unidos leu meu livro e respeita a minha caminhada.

São quinze anos dando palestras em hospitais, clínicas, empresas, escolas, prisões, planaltos e instituições no intuito de levar a mensagem de que é possível lapidar esmeraldas...

Isso me faz bem e me fortalece...

Tenho um filho de oito anos, que tenho que orientá-lo sobre esse problema das drogas, isso não exige de mesmo com o exemplo em casa, orientação ele venha experimentar drogas, mas minha parte como mãe estou fazendo.

A orientação é constante, e sempre que abordo o assunto com ele enfatizo que o usar drogas não é ruim é bom, mas o ruim é as consequências que elas trazem pra nossas vidas: sonhos destruídos, falência moral física e espiritual.

Já levei meu filho na cracolândia e fui explicando porque essas pessoas ficaram assim, como que as drogas vão desmoralizando e humilhando as pessoas que estão ali.

No início eu só conversava, só que um dia ao explicar as consequências maligna quase drogas trazem ele ouviu com muita atenção e depois me perguntou: “mamãe o que é drogas”.

Dai percebi que a orientação é constante e tem de ser constante a cada vez em uma nova versão, pôs a criança vem crescendo e as dúvidas aumentando e as drogas se atualizando.

Percebi o quanto ser mãe me deixou fortalecida, pois muitas vezes não cai por causa do meu filho, tenho um compromisso com minha vida e com a vida do meu filho. Preciso viver ao invés de padecer.

Como jornalista vejo muitos meios de comunicação pautando o problema do crack e não a solução, virou um reality show do crack ao vivo, mas não vejo pautas que mostra a solução, como se safar dessa maldição.

Como expectadora vi que eles criaram uma definição clara para epidemia do uso de dependência química, principalmente o crack: internação, involuntária ou voluntária.

No ano de 1998 fui internada na clínica Bezerra de Menezes e me ajudou muito, sou grata até hoje pela oportunidade que tive, porém, conheci bastantes pessoas que foram internadas e que não deram em nada. Apenas ficaram contidas para sair a abstinência das drogas e depois saíram e voltaram pro uso de uma forma muito mais agressiva. No meu caso funcionou ficar contida numa clínica, porém é uma clinica séria que trata com respeito as pessoas que ali vão, mas conheço histórias de pessoas que ficaram internadas e entrava drogas dentro da clínica. Tem mais; pessoas que sofria maus tratos físicos e psicológicos, tem até caso de morte em clínicas que muitos sabem, e poucos tem coragem de falar.

Acredito que clínica de recuperação não é a solução para a cura da dependência química, porém é um caminho, mas o

que vejo é que tem muita gente ganhando dinheiro com isso e pouco se fazendo para ajudar o próximo.

Recentemente tive uma crise emocional que me remeteu a ter vontades de usar drogas: comia, dormia, bebia pensando no crack, sentia o gosto da droga nas minhas alimentação, sentia o cheiro da droga no ar, num cochilo qualquer sonhava com a droga. Tava quase recaindo quando uma amigos meus ao perceberem isso me internaram numa clínica de recuperação. Lá eles me doparam com um monte de remédio que eu nem conseguia andar por três dias.

Mudei de clínica, pra vocês terem a ideia só a mensalidade dessa clínica era seis mil reais, fora as despesas extras, as minas não podiam ter contato com a família só uma vez por mês. Tinha um médico que consultava as pacientes pelo telefone, e tudo era motivo deles darem um coquetel de remédio para as minas. Mulheres ricas, porém mal assistidas tratavam dependentes de remédios com mais remédios, manipulavam a família dizendo que a paciente não estava preparada para ir embora. Se as minas sutavam davam frontal com aldól, rivotril e mais uma porrada de remédio injetável para os caras terem controle sobre as internas. Via minas babando, cagando na calça, vomitando e delirando. Dai eu me pergunto: como pode tratar uma dependente química com mais química.

Lembrei da musica: “relógio que atrasa não adianta. Remédio que cura, também pode matar... assim como água de mais mata a planta...”

Triste a forma que as pessoas são tratadas em algumas clínicas, não são todas, porém tem umas que deixa a desejar e

acaba sujando o nome de outras que tem um trabalho competente. Participei de uma atividade nessa clínica, onde as minas lia o jornal diário depois faziam uma oração.

Muitas das clínicas de recuperação que conheço tem o hábito de pegar algum interno com um pouquinho mais de maturidade e entendimento para trabalhar com os internos. Os caras trabalham vinte quatro horas as vezes ao dia, recebe uma merreca, não tem o ministério do trabalho para os defender e quando o dono da clínica enjoa, põe o cara num carro leva até a rodoviária e já era, sem compromisso.

E muitos internos trabalham nas clinicas muitas vezes por gratidão ou até mesmo com medo de encarar a vida aqui fora. Acho muito bacana essa postura, mas acredito que o ministério do trabalho deveria estar presente nessas clínicas obrigando os contratantes tratarem seus funcionários de forma correta, pois muitas vezes percebo que gratidão se transforma em prisão.

Se o interno consegue se superar e trabalhar com os outros internos deveria ter o resguarde do ministério até mesmo como estagiário, mas tem lago ou uma lei que os resguarda, pois dentro de uma clinica boa rola tudo de bão, mas nas clinicas más só o que não presta.

Pior ainda é para a mãe que não tem condições de internar seus filhos, e é obrigada vê-lo morrer nas mãos do traficante por falta de oportunidade.

Dai fica a pergunta: porque usuários pobres são chamados de vagabundos e sem vergonhas quanto aos ricos como doentes.

É foda até aí há exclusão social...

Graças a deus continuo limpa...

Lembrando me internei faltando dez dias para eu completar quinze anos, isso mostra que não estou curada, mas tenho que ter a coragem e a humildade de pedir ajuda, graças a Deus consegui ficar em pé e não recaí, porém já vi amigos meus recair com dez anos limpo, vinte anos e assim por diante.

Continuo em pé fortalecida de que Deus tem o melhor pra mim.

Acredito que assim como esta dando certo pra mim, pode dar certo pra outras pessoas, porque repito o jargão: “é possível ter uma qualidade de vida sem drogas”.

Da minha época da cracolândia pra hoje muitas coisas mudaram, tem de tudo ali: prefeitos, advogados, médicos, empresários, pobres ricos, crianças, jovens, idosos... o crack chegou de uma forma tão dilacerada que não escolhe classe social, cor, condições financeira e nem religiosa.

Tá feio o negócio ali.

Aos sábados vou cantar ali na rua general Osório, vejo muitas pessoas usando drogas, pois essa rua faz parte da cracolândia, mas aos sábados é policiado o local e tem poucos usuários, mas o negócio é feio.

Procuo evitar ao máximo frequentar lugares que tem pessoas usando drogas, hábitos que me levam ao uso, e pessoas que estão usando drogas.

O triste de tudo isso que tive que evitar meu irmão, pois o mesmo ainda esta usando drogas, ja tentei de tudo para ajuda-

lo, mas o mesmo tem aquela ideia velha tipo assim: “eu controlo as drogas, elas não me controlam... ou então “Consigo parar sozinho...” e blá blá blá blá...

Como posso querer ajudar alguém que não quer ser ajudado. No começo eu me culpava, achava que de alguma forma tinha culpa por ele estar usando drogas, ou até mesmo me perguntava onde é que eu errei. Como muitas vezes achava que iria salvar ele. Depois percebi que estava entrando no mesmo buraco que ele e tive que abrir mão e respeitar o direito que ele tem de se matar sozinho, apenas podia ama-lo da forma que ele era, e saber que não tinha o poder de mudar ninguém se não eu mesma.

Ainda sofro com tudo isso, mas ele passou a estar no meu evite, pois andar com meu irmão que está sobre o vício do crack é armadilha total pra eu recair.

É difícil e doloroso, qualquer pessoa que conhece ele e me liga pra falar dele, penso que é noticia da morte dele, me desespero, e depois volto ao normal.

Meu filho ama o tio dele, tem o mesmo como espelho, e como posso explicar para meu filho sobre a situação do tio dele, sempre que ele vai ao centro da cidade ele quer ver o tio.

Complicado que essa epidemia se não leva alguém da família, a mesma leva um ante querido como amigo, namorado, vizinho...

Sigo uma meta, que é me manter limpa custe o que custar.

Não quero mais essa vida pra mim, quero apenas poder acordar e agradecer ao meu deus por mais um dia viva. Poder

acordar e ver o sorriso no olhar do meu filho. Sigo a minha meta nesse mundo que é a de levar a mensagem de que é possível lapidar esmeraldas.

A música venceu, a escrita me reergueu e estou aqui abrindo minha alma e compartilhando com vocês minha luta, meus sonhos e as minhas dificuldades.

Percebo que minha fé em Deus é um dos elementos principais que me mantem em pé, ele se manifesta em mim através da arte de cantar, de me comunicar e da escrita.

Lembro o ultimo dia que estava usando drogas na praça da república, era 5:00 da manha eu estava raspando um cachimbo pra tirar a borra da droga, fumando e chorando pedindo a deus um ato de misericórdia.

Nesse dia fiz um pacto com deus: pedi a ele que se ele me livrasse das drogas eu lhe daria meu cachimbo. No mesmo dia, trinta minutos depois o pacto estava feito; fui roubar uma mulher e fui presa. Na prisão fui abordada por anjos que trabalhavam na ONG projeto travessia e lá eles me abordaram me mostrando um caminho.

Dai por diante comecei a minha luta conta a dependência do Crack. Fui a terapia onde até hoje faço com o doutor Rafick Jorge, de lá tive uma recaída no inicio de 1998, nessa recaída fui internada, lá conheci um grupo anônimo e acreditei neles. Hoje estou a quinze anos longe das drogas, mas a luta continua diariamente...

Chega de sofrer. Chega de buscar a morte, prefiro a vida.

Pior era eu ficar atrás das frestas das portas achando que os caras iriam invadir. Primeiro: quem é esses caras. Nunca

soube, pois os mesmos não tinham características físicas nem credenciais. Segundo era que a dor de usar estava muito maior, pois tinha dia que eu falava: hoje não vou usar, daqui a pouco ia lá e usava.

Pior ainda era eu ser humilhada por causa de um pedacinho de drogas, mendigar, ser humilhada, tomar tapa na cara, ver meus sonhos por água a baixo.

Não! Hoje prefiro viver, aprecio um por do sol, gosto da minha cama, não sou mais humilhada, nem maltratada por ninguém.

Melhor até consegui me formar, sou jornalista e faço trabalho para a maior empresa de telecomunicação do brasil.

Tenho auto- estima, tenho meu sonho de volta, tenho dignidade.

Minha felicidade hoje se constitui em pequenas coisa tipo assim: ter meu filho, minha casa, meu emprego, ter fé, esperança... tudo isso as drogas tiraram de mim, hoje sem ela consegui resgatar e nada e ninguém pode tirar isso de mim se não eu mesma, mas hoje meu impulso é resistir.

Luto por cada centelha de vida e valorizo muito ela.

Acredito que assim que deu certo pra mim dará pra voce que está lendo essa mensagem.

Digo apenas mais uma vez: é possível ter uma qualidade de vida. É possível lapidar esmeraldas.

Sou redundante nas minhas palavras porque falo a verdade, trago palavras do fundo do meu âmago pra poder dizer que deu certo pra mim dará a voces.

Revisitando a velha questão da redução da maioridade penal

Autoras

Irene Rizzini

Professora do Departamento de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-Rio e Diretora do Centro Internacional de Estudos e Pesquisa sobre a Infância – CIESPI/PUC-Rio. E-mail: irizzini.pucRio.ciespi@gmail.com

Juliana Batistuta Vale

Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense – UFF e pesquisadora do Centro Internacional de Estudos e Pesquisa sobre a Infância – CIESPI/PUC-Rio. E-mail: jmbtvale.ciespi@gmail.com

Sumário

Em tempos de aprofundamento da crise no Brasil, a disseminação de um forte sentimento de insegurança social recoloca para o debate público questões associadas às controversas noções de periculosidade frente ao fenômeno da violência. A percepção de risco ou perigo nesta ordem societária produz a construção da figura do inimigo público a ser combatido, buscando produzir legitimidade para os dispositivos de manutenção da lei e da ordem. Este artigo destaca que estes dispositivos também recaem sobre crianças e adolescentes de diferentes formas, sendo que o seletivismo penal opera conforme classe, território, etnia/raça e gênero.

Palavras-chave

Maioridade Penal, Adolescentes Autores de Atos Infracionais, Direitos Humanos.

Revisitando a velha questão da redução da maioridade penal²⁸

Irene Rizzini

Juliana Batistuta Vale

Introdução

Os estudos que analisam as raízes históricas das políticas públicas dirigidas à população infantil e adolescente no Brasil contribuem para a compreensão do percurso das respostas apresentadas pela sociedade brasileira frente à questão social emergida durante a formação social do país, que configurou para crianças e adolescentes uma profunda situação de desamparo que associou pobreza ao abandono. Na trajetória histórica da Colônia, Império e República no Brasil, a assistência religiosa caritativa, a filantropia e a ação humanitária laica compuseram as ações realizadas, ainda que orientadas por princípios ético-políticos distintos. Dessa forma, a avaliação dos diferentes modelos de assistência para crianças e adolescentes que foram incorporados pelo Estado brasileiro nos coloca a possibilidade de analisar não só o efeito de tais medidas para a vida desses sujeitos, mas também a possibilidade de refletir sobre aspectos relacionados à disputa de distintos projetos societários em curso na sociedade e seu impacto para crianças e adolescentes.

²⁸ A primeira versão deste artigo, “Redução da maioridade Penal: uma velha questão”, foi publicada pela revista *Desigualdade & Diversidade – Revista de Ciências Sociais da PUC-Rio* n. 15, jul/dez, 2014. A motivação da escrita do artigo naquela ocasião foi a de alerta diante de uma conjuntura que vinha caminhando em direção aos desmontes, regressão de direitos e uma ofensiva punitiva que tinha como uma de suas propostas a redução da maioridade penal. A proposta seguiu do Congresso Nacional para o Senado, onde está estacionada como ameaça latente. Portanto, o texto aqui apresentado trata de um revisitar essa questão em uma conjuntura de instabilidade e ameaças à democracia brasileira.

Assim, revisitar a trajetória histórica de nossas políticas é importante para refletir sobre as raízes mais profundas das expressões da questão social brasileira, identificando manifestações atuais das formas de violação dos direitos infantojuvenis, sobretudo em tempos de instabilidade política-democrática e aprofundamento da crise. Vivemos na conjuntura atual em estado de alerta, está sob ameaça o modelo anunciado pela Constituição Federal de 1988, este que, apesar de suas contradições, ainda é o principal ancoradouro da cidadania brasileira. Nessa perspectiva, avaliar a direção social do projeto societário frente à onda conservadora e reacionária que vem se avolumando no país nos últimos anos, exige incluir um olhar cauteloso a partir dos direitos humanos de crianças e adolescentes que possuem elos familiares e comunitários localizados em contextos de vulnerabilidade. Retrocessos significativos no que tange aos direitos deste grupo estão em curso, sobretudo no caso dos adolescentes mais vulnerabilizados²⁹.

Dentre todos os desmontes e ataques, a proposta da redução da maioridade penal constitui uma velha questão que vem retornando com força sempre que o debate público procura por “respostas mágicas” e imediatistas à violência urbana. Embora os crimes de maior potencial ofensivo registrados no país, não sejam responsabilidade da população que tem entre 12 a 18 anos incompletos, a inimputabilidade penal e as medidas socioeducativas aplicadas aos adolescentes autores de ato infracional (conforme

previsões legais específicas) estão sendo questionadas como medidas brandas. No entanto, tais avaliações são produzidas sem o devido uso da informação, do conhecimento, da racionalidade e da ética na orientação das discussões e dos interesses envolvidos nesse processo. Discute-se a alteração de medidas legais nos casos de criminalidade envolvendo os adolescentes de forma desconectada da realidade social que envolve a questão e a vida desses sujeitos. Essa problemática não está descolada de uma análise de conjuntura mais ampla situada no campo da democracia e da cidadania brasileira após impedimento do segundo mandato da presidente Dilma Rousseff em 2016.

Além de princípios constitucionais, uma legislação especial de caráter infraconstitucional como é o caso do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990, estão sendo questionados e atacados por uma ofensiva neoliberal orientada por uma lógica punitiva, que criminaliza a pobreza e policiza o social como forma de gestão do seu caos (WACQUANT, 2001; BATISTA, 2003, 2009). Ao refletir sobre a inimputabilidade penal para menores de 18 anos frente aos ataques que clamam por mais punições e mais cedo (em condições desumanizantes agravadas pela onda do superencarceramento), cabe considerar as razões pelas quais o Estado Democrático de Direito adotou o princípio da dignidade da pessoa humana como fundamento da República no Brasil. Inclusive, cabe lembrar que o constituinte originário, em sua forma mais avançada - a Constituição Federal de 1988, chamou de prioridade absoluta a população infantil e adolescente.

²⁹ Usamos o termo ‘vulnerabilizado’ aqui no sentido não de qualificar esse sujeito como vulnerável e sim apontar para os processos de violação de direitos que vulnerabilizam o mesmo.

Mas antes, é válido recuperar que o princípio da dignidade humana está previsto pelas principais democracias ocidentais após a Revolução Francesa, ocorrida no final do século XVIII, como forma de inibir práticas de barbarismo perpetradas pelo Estado ou fora dele. Portanto, ainda que pesem as críticas à ilusão jurídica da igualdade e do direito em uma sociedade fundada na desigualdade derivada do modo de produção capitalista (MASCARO, 2015), devemos nos perguntar se podemos, enquanto sociedade, prescindir do princípio da dignidade humana como forma de coibir as múltiplas faces da violência dessa ordem social. Esta é uma pergunta que a sociedade precisa se fazer de maneira mais consequente.

Partindo do pressuposto do respeito à dignidade humana, com particular ênfase voltada ao que é identificado como “condição peculiar da criança e do adolescente como pessoas em desenvolvimento”, as legislações calcadas no referencial de direitos humanos vêm apontando importantes diretrizes para a política de atendimento de adolescentes envolvidos com a prática de atos infracionais. Os avanços do tema em âmbito internacional se destacaram a partir da Declaração dos Direitos da Criança de 1959 e de seus desdobramentos, passando a orientar uma perspectiva de direitos. Entre eles, pode-se citar uma sequência de acordos, como: Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração da Justiça da Infância e da Juventude (REGRAS DE BEIJING, 1988); Convenção Internacional dos Direitos da Criança (1989); Diretrizes das Nações Unidas para a Prevenção da Delinquência Juvenil (1990) e Regras Mínimas das Nações

Unidas para a Proteção dos Jovens Privados de Liberdade (1990). Portanto, é preciso atentar que a Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990 posicionaram a legislação brasileira em consonância com os documentos internacionais dos quais o Brasil é signatário.

A Convenção das Nações Unidas Sobre os Direitos da Criança, de 1989, é o tratado internacional mais ratificado no mundo e ele sustenta a permanência da Justiça Juvenil em separado da Justiça Comum. Assim, no âmbito do “direito penal juvenil” a “socioeducação” é a medida de responsabilização prevista para os adolescentes autores de ato infracional. No entanto, a mudança do paradigma no que tange à concepção e execução de medidas socioeducativas para adolescentes, em contraposição à lógica que trata tudo como mera punição não tem sido fácil no Brasil. Isso porque, frequentemente, se atribui uma suposta brandura ao Estatuto da Criança e do Adolescente, descolada as evidências de que os adolescentes autores de atos infracionais trazem consigo carregada história de violações de direitos, além de terem de enfrentar a precariedade das instituições privativas de liberdade que os recebem, permeadas por funções implícitas que reproduzem a inócua lógica correcional-repressiva enraizadas ao passado histórico do país.

Entretanto, em meio à escalada da violência urbana amplamente divulgada pela mídia, quando ocorre um crime bárbaro em que há o envolvimento de menores de idade, o assunto provoca grande comoção nacional. O sentimento de insegurança e indignação, associado à idéia de “classes perigosas”, faz com que

os ditos “menores”, “de menor” ou “delinquente juvenil” passem a figurar como um dos principais inimigos públicos da lei e da ordem, que supostamente desfrutam da impunidade. Desse modo, os adolescentes são, frequentemente, alçados à condição de “bode expiatório” ao serem retratados como os promotores da violência. Quando a arena política é ocupada por forças conservadoras e reacionárias que contribuem para este tipo de entendimento, o cenário político no âmbito do poder legislativo fica oportuno para a retomada de propostas retrógradas como a proposta da redução da maioridade penal.

Assim, a ideia de uma extrema precocidade criminal como parte da “natureza violenta” desses sujeitos passa a ser amplamente explorada e disseminada em detrimento da violência das relações sociais produzidas pelo modo de produção da vida em que vivemos. Isso se dá, muito embora nos casos de crime que chocam a opinião pública, junto dos adolescentes envolvidos tenha existido a participação e/ou liderança de adultos, como no caso emblemático do menino João Hélio³⁰. Esta premissa vem sendo confirmada por dados oficiais, quando estes indicam que a maior parte dos atos infracionais praticados por menores de idade são de menor potencial ofensivo por constituírem crime contra o patrimônio e não contra a pessoa. Dessa forma, a herança da tradição menorista associa-se a uma ofensiva neoliberal de

caráter punitivo, que acredita que a violência só será contida com o endurecimento das penas, acabando por reatualizar o menorismo, à medida em que reforça um seletivismo penal que vem recaindo sobre os adolescentes pobres e negros.

É também pertinente ressaltar e alertar para a permanência de ideias higienistas já bem conhecidas na história das políticas sociais e criminais de nosso país. Enquanto o país permanecer dividido na busca de alvos fáceis com o discurso de debelar uma violência que na verdade vai muito além da população infantojuvenil, seremos injustos e pouco eficientes. Continuaremos construindo prisões e acabaremos confinando também a infância. Os defensores da redução da maioridade penal apontam para dúvidas quanto à “penalogia” expressa nas medidas socioeducativas apresentadas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, como meio de defesa, preservação e reação social da sociedade. Nessa perspectiva, acentuam-se as demandas por medidas redobradas de repressão e punição, ganhando espaço projetos de lei e outras manobras que aguardam a oportunidade para entrar em vigor e modificar o aparato jurídico-formal que orienta as ações de proteção integral aplicadas na área da infância e da adolescência desde 1990.

Esse aspecto chama atenção para o efeito perverso da cultura punitiva na qual estamos inseridos em meio à crise neoliberal e ao superencarceramento deflagrado. Sabe-se que as instituições prisionais, inclusive em razão de suas precárias condições de execução e sobrevivência dos internos lá dentro, é um espaço dominado por facções criminosas que retroalimentam

30 Este caso é emblemático em razão da barbaridade ocorrida durante um assalto no Rio de Janeiro, em 2007. João Hélio tinha 6 anos quando foi arrastado e morto. Seu corpo ficou preso ao cinto de segurança do carro de sua mãe, no momento em que os envolvidos fugiam levando o carro. A morte traumática da criança provocou indignação e forte reação por parte da população que clamou por justiça e paz. Dentre os envolvidos no crime havia um adolescente de 16 anos, que foi encaminhado ao sistema socioeducativo. O fato trouxe à tona nova onda de discussões sobre a redução da maioridade penal.

a violência dentro e fora das grades. No entanto, embora as prisões sejam sabidamente fracassadas como medida para conter a criminalidade (FOUCAULT, 1977, 1979; GUINDANI, 2005); ainda assim o clamor pelo endurecimento das penas persiste na cena contemporânea.

Além do mais, diametralmente ao fortalecimento do senso comum punitivo, de forte caráter alarmista e irracionalista, diga-se de passagem, fortalece-se também uma economia política que explora o mercado da (in)segurança e o chamado “mundo do crime”. É frente a este cenário permeado pela cultura do medo, diante do apelo midiático por lei e ordem, em meio a interesses comerciais, que a política de segurança pública é chamada a reprimir e conter a conflitividade social. Desse modo, tramitam pelo legislativo nacional propostas para antecipar a entrada de adolescentes na prisão comum, onde se encontra a população adulta encarcerada. Tais propostas desconsideram todo processo de violações de direitos e de etiquetamento social que ocorre em processos de criminalização dirigidos à parcela mais vulnerabilizada deste segmento social – adolescentes pobres e negros. Também é preciso mencionar que no debate público brasileiro existem propostas que, embora mantenham os 18 anos como marco da “maioridade penal”, preveem o aumento do tempo máximo de aplicação das medidas socioeducativas de internação em “estabelecimento educacional”, o que igualmente produz um efeito de prolongando do tempo de encarceramento do adolescente.

No que diz respeito ao maior aprisionamento, realidade concreta e universo simbólico dos dispositivos do poder

disciplinar próprios do modo de produção capitalista se fundem para caracterizar os aparatos institucionais responsáveis por produzir a privação da liberdade, o isolamento social e os estigmas, sobretudo em tempos de penalismo neoliberal. Deste modo, percebe-se no debate público sobre a prática de ato infracional por adolescentes, que a presença do referencial adequado ao paradigma dos direitos humanos parece iludir o senso comum sobre uma possível brandura do Estatuto da Criança e do Adolescente e do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE)³¹. A substituição de terminologias carregadas de sentidos punitivistas - tais como pena e prisão, por significantes estabelecidas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, tais como medidas socioeducativas e internação em “estabelecimento educacional”, vem impedindo que a sociedade brasileira reconheça que a medida de privação de liberdade é aplicada aos adolescentes a partir dos 12 anos de idade no Brasil³².

É preciso atentar que o “direito penal juvenil” está contido na Justiça Juvenil conforme diretrizes previstas nos

31 A lei 12. 594/ 2012 institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) e regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional, ordenando princípios, regras e critérios que envolvem as medidas socioeducativas previstas no ECA. Além de prever a responsabilização do adolescente quanto às consequências lesivas do ato infracional praticado, incentivando a sua reparação sempre que possível, a legislação prevê também a integração social dos adolescentes com garantia de direitos individuais e sociais por cumprimento de plano individual de atendimento (PIA). Portanto, resguardadas a condição de peculiar do adolescente como pessoa em desenvolvimento, é possível estabelecer uma analogia entre o SINASE e a Lei de Execução Penal.

32 Cabe aqui fazer uma distinção entre responsabilidade penal e maioridade penal, como afirma Gisela Hathaway em relatório publicado em Brasília pela Câmara dos Deputados em abril de 2015. Por Idade Mínima de Responsabilidade Penal – IMRP se entende a idade a partir da qual a criança ou o adolescente passa a ser considerado penalmente responsável por seus atos infracionais, seja diante de uma justiça especializada, nos países em que existem órgãos de justiça juvenil, ou da justiça comum, quando e onde for aplicável. No Brasil, a IMRP é a partir dos 12 anos.

acordos internacionais já citados, sendo que, por conseguinte, ele igualmente está contido no Estatuto da Criança e do Adolescente. No ECA, no Livro II – Parte Especial, no Título III – Da Prática do Ato Infracional, constam disposições gerais, direitos individuais, garantias processuais e as medidas socioeducativas (dentre elas, a internação) que devem ser aplicadas àqueles que se encontram entre 12 e 18 anos incompletos. Contudo, a ausência das significantes pena e prisões nos enunciados da Justiça Juvenil não implica em falta de responsabilização dos adolescentes frente aos atos infracionais praticados.

O artigo 112 do ECA apresenta todas as medidas socioeducativas (responsabilização “penal”) que poderão ser aplicadas aos adolescentes em desaprovação da conduta infracional. As medidas efetivam disposições da sentença como parâmetro máximo de privação de liberdade ou restrição de direitos, observados os limites previstos em lei. São elas: I - advertência; II - obrigação de reparar o dano; III - prestação de serviços à comunidade; IV - liberdade assistida; V - inserção em regime de semiliberdade; **VI - internação em estabelecimento educacional** e a sétima e última medida socioeducativa tão esquecida: VII – qualquer uma das previstas no art. 101, I a VI, se referindo às medidas de proteção anunciadas no Título anterior da legislação³³. No que diz respeito ao parâmetro

máximo, o artigo 121 do ECA estabelece que a internação constitui medida privativa de liberdade, sujeita aos princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento. Já o artigo 122 estabelece que a medida da internação só pode ser aplicada quando se tratar de ato infracional **cometido mediante grave ameaça ou violência à pessoa**; por reiteração no cometimento de outras infrações graves; por descumprimento reiterado e injustificável da medida anteriormente imposta.

Portanto, o ECA e o SINASE estabelecem os princípios e diretrizes do que foi estabelecido pelo constituinte originário, quando previu a prioridade absoluta de crianças e adolescentes. Contudo, em meio à babel que a proposta da redução maioridade penal provoca no debate público, percebe-se que a opinião pública demonstra equívocos de entendimento frente à situação dos adolescentes autores de ato infracional no país. E assim, em meio ao desconhecimento, o senso comum punitivista vem se aprofundando na sociedade brasileira, colocando em risco as previsões da Constituição Federal do Brasil de 1988 de diferentes formas, o que vem refletindo nas garantias que sustentam a legislação especial enunciada pela Doutrina da Proteção Integral do ECA.

Não é demais enfatizar a relevância vivida pelo processo de redemocratização brasileiro após anos de chumbo vividos pela ditadura civil-militar, quando começou a aumentar consideravelmente o encarceramento de adolescentes. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e o

³³ As medidas de proteção são: I - encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade; II - orientação, apoio e acompanhamento temporários; III - matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental; 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; VI - inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos.

Estatuto da Criança e do Adolescente se deram em conjuntura sócio-histórica favorável à luta por justiça social e ampliação de direitos, sendo estes arcabouços legais um esteio fundamental para a cidadania brasileira e a dinâmica da vida social. Todavia, a ofensiva neoliberal de caráter punitivo vem questionando dois artigos fundamentais que sustentam inimputabilidade penal de crianças e adolescentes. É o caso do artigo 227 que estabelece o princípio da prevalência ao indicar que crianças e adolescentes devem ser prioridade absoluta, sendo dever da família, da sociedade e do Estado assegurarem seus direitos. E o mais ameaçado deles, o artigo 228, que estabelece que os menores de 18 anos são penalmente inimputáveis, sujeitos às normas da legislação especial.

Inimputabilidade penal não significa impunidade

A diferença conceitual entre “inimputabilidade penal” e “impunidade” não pode ser ignorada em meio à babel que se faz em torno da proposta de redução da maioridade penal. Por isso, é fundamental insistir em distinguir os termos inimputabilidade penal e impunidade, cuja diferença parece muito pouco clara ao senso comum dos brasileiros. É preciso esclarecer que inimputabilidade penal não é o mesmo que ausência de intervenção junto aos inimputáveis autores de ato infracional; logo, não pode ser tomada como equivalente a impunidade ou redenção.

Ainda que brevemente, devemos considerar que a imputabilidade é um dos elementos da culpabilidade que, por sua

vez, compõe o conceito tripartido de crime adotado para atribuir maior justiça na imputação do fato criminoso a determinado autor. Conforme o Código Penal brasileiro, legislação vigente desde 1940, o artigo 26 prevê que “*É isento de pena 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*”. Portanto, a imputabilidade diz respeito a duas coisas: a) capacidade de entender o caráter ilícito da conduta; b) capacidade de agir de acordo com esse entendimento. Face ao exposto, no que tange à população infantil e juvenil, conforme critérios biopsicossociais que orientam a área, crianças e adolescentes são presumidamente inimputáveis. Daí o encaminhamento para que a execução de medidas destinadas a adolescentes que pratique ato infracional seja prevista e aplicada de acordo com as previsões estabelecidas no ECA.

Contudo, para os defensores de direitos humanos, a resistência política à proposta do rebaixamento da maioridade penal para menos do que 18 anos completos vai além do ponto de vista normativo, formal e subjetivo estabelecido pelo Código Penal. Isto pois, se tomarmos em consideração o aspecto histórico e sociológico da trajetória da construção das políticas públicas para crianças e adolescentes no Brasil, veremos que a posição contrária a redução da maioridade penal é uma questão de defesa dos direitos humanos. Para isto, é fundamental partir do reconhecimento de que sempre houve medidas correcionais e repressivas voltados para crianças e adolescentes. Do período

colonial ao republicano, a história da infância brasileira é atravessada pela emergência da “questão social” ao longo do desenvolvimento do capitalismo tardio que buscava se modernizar no Brasil, sendo que dentre as representações da pobreza urbana irrompe a dos meninos e meninas pobres que transitavam pelas ruas na busca pela sobrevivência. A vasta historiografia produzida sobre o tema atesta sobre a divisão entre duas infâncias, para a qual o termo “menor” tem sido revelador da desigualdade social do nosso país³⁴.

Nesse sentido, a emergência da classificação “abandono de menores”, particularmente no caso de filhos e filhas de trabalhadores escravos, retrata a situação social da infância no país. Estudos apontam que o surgimento e a problematização da categoria em foco estiveram relacionados à reforma das prisões, após a Lei do Ventre Livre – 1871, e posteriormente a Lei Áurea – 1888. Registra-se que antes dos anos 1870, não se registrava uma problematização em relação a “menores” ditos abandonados, tendo em vista que o termo ainda não constava nos documentos oficiais do Império. As crianças pobres que surgiram nas ruas “brincando, trabalhando, pedindo esmolas” ou “cometendo pequenos furtos” emergem a partir do processo que culminou na abolição da escravatura (ARANTES, 2008). Assim, o trabalho livre se tornou realidade para uma população inserida em uma lógica agrária e exportadora, que avançava nas relações trabalhistas de

exploração aos moldes do modo de produção capitalista que se consolidava. Destarte, o significante “menores” emerge para se referir às crianças livres e pobres que perambulavam nas ruas, e que por essa razão recebiam uma “etiqueta” que desqualificava suas famílias e a própria pobreza.

Face às raízes da formação social brasileira marcada por desigualdades profundas, a constituição de duas infâncias ficou polarizada entre as crianças que tiveram o seu sustento garantido por famílias com recursos e os ditos “menores” colocados à deriva na luta pela sobrevivência. Portanto, os novos padrões de convivência do final do século XIX, derivados da industrialização, da urbanização e da crescente pauperização da população, passaram a evidenciar a presença de “menores” nas ruas em situação de trabalho infantil e/ou outras estratégias de sobrevivência. Em razão desta desigualdade, o menorismo é o nome dado à profunda fissura que distinguia o tratamento dado às crianças e aos adolescentes que tinham seus direitos fundamentais assegurados, e os que eram reprimidos e punidos por sua condição de desamparo. Nessa perspectiva, a trajetória brasileira apresentou dispositivos e legislações que durante décadas preconizaram o uso do poder punitivo sobre pessoas em condição peculiar de desenvolvimento, quando estas já estavam sobrevivendo a um modo de produção da vida extremamente explorador e desigual.

A identificação de crianças pobres perambulando pelas ruas como “menores abandonados” exigiu um novo arranjo tutelar e correccional na medida em que se formulou uma ideia

³⁴ Os aspectos históricos apresentados sobre o processo de construção de políticas públicas destinadas à infância e à adolescência no Brasil foram produzidos a partir de consulta às publicações de Del Priori (2004); Rizzini (2011); Arantes (2008); Marcilio (2002); Santos (2004); Vale (2009, 2017).

de “infância perigosa”. Desse modo, desde as últimas décadas do período Imperial já existia clamor por soluções à crescente criminalidade juvenil e ao abandono de crianças nas ruas das cidades. Apontava-se para a urgente necessidade de criação de asilos com educação primária, ensino profissional e a aprendizagem de um ofício para “menores” que escapavam ao controle familiar e ameaçavam a ordem pública. Por outro lado, para os já “contaminados pelo crime”, era sugerida a fundação de escolas correcionais nas quais os regulamentos disciplinares deveriam ser ainda mais severos do que os aplicados nos asilos.

Com a instauração da República, a aposta em medidas pautadas na medicina higiênica foram a tônica, o que fomentou um discurso de projeto civilizatório para o país por meio da educação da infância (RIZZINI, 2011). Assim, a base da regulamentação em políticas de “assistência e proteção aos menores” foi estabelecida no que tange à idade penal e à regulamentação do trabalho infantil; ou seja, prisão e trabalho para crianças pobres. Neste novo arranjo, caberia ao Estado assistir os órfãos e expostos via instituições de caridade e, ao mesmo tempo, providenciar prisões para os casos mais agravados¹. Portanto, nossas raízes históricas demonstram que a exploração, o controle social e a cultura punitiva sempre estiveram presentes no processo de formação social brasileiro, tanto que repercutiu nas políticas e arranjos institucionais que vieram a se ocupar da infância e da adolescência desamparada³⁵.

³⁵ Os aparatos institucionais produziram a discriminação, o aprisionamento, o controle do tempo e da liberdade, o comportamento submisso ao autoritarismo, a desvalia, o propósito de inculcar nessas crianças o amor ao trabalho e a conveniente educação moral, sob perspectiva higienizadora.

Ao procurar identificar a forma jurídica apresentada pelo “Direito da Criança e do Adolescente” nos antecedentes históricos do Estado brasileiro, identificamos que a dicotomização da infância e o processo de construção da cidadania brasileira resultou na formulação de duas doutrinas jurídicas distintas ao longo do século XX. A Doutrina da Situação Irregular está expressa no modelo disciplinador e contencional que foram experimentados pelos Códigos de Menores de 1927 e de 1979. Nessa perspectiva, crianças e adolescentes identificados em “situação irregular” eram recolhidas às instituições destinadas ao menor abandonado ou delinquente, sendo longamente tratados como objeto de controle do Estado³⁶. Mais adiante, como já assinalado anteriormente neste texto, a Constituição Federal de 1988 trouxe um salto qualitativo para a norma jurídico-formal no que diz respeito aos direitos da população infantil e adolescente. Deste modo, a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990, apresenta Doutrina da Proteção Integral como uma virada paradigmática, por reconhecer que todas as crianças e adolescentes são “sujeitos de direitos” (incluindo os adolescentes autores de ato infracional).

No entanto, a despeito dos avanços normativos para o campo da infância e adolescência, permanece na

³⁶ Uma das normativas mais antigas sobre esta matéria é o decreto 145, de 11 de julho de 1893, que autorizava a instituição de colônias correcionais para delinquentes e abandonados, abrindo o caminho para a construção de casas de correção ou de detenção para menores. Esses “reformatórios” isolavam os “desviantes da ordem” para prevenir a “contaminação” e ensinar aos internos o comportamento e disciplina esperado pela ordem vigente. Requeria-se absoluta obediência às disciplinas instituídas, sendo que os funcionários estavam prontos a enfrentar a insubordinação dos internos com castigos físicos.

contemporaneidade o choque entre a concepção repressiva e correcional e a concepção da proteção integral. Desta forma, as instituições responsáveis por executar a medida socioeducativa de internação do adolescente autor de ato infracional em “estabelecimento educacional”, apresentam graves problemas e violação de direitos humanos na maior parte do país. Deste modo, ainda que esforços sejam empreendidos para a diferenciação terminológica e conceitual entre a execução penal para adultos e a socioeducação para os adolescentes, quando são estabelecidos paralelos comparativos entre os problemas enfrentados pelo SINASE com os problemas enfrentados pelo sistema prisional de adultos, percebe-se que ambas as instituições que se pautam pela ressocialização vêm operando basicamente como punição, reproduzindo uma lógica fracassada. Ademais, não há benevolência com os adolescentes enquadrados como autores de ato infracional, tanto que algumas garantias que existem no caso dos adultos não são efetivas com eles, como é o caso das oitivas dos adolescentes nas audiências de apresentação, quando estes são escutados pelo Ministério Público antes de ter contato prévio com o defensor público ou advogado.

Portanto, é preciso reconhecer que sustentar a maioridade penal em 18 anos não se trata de “passar a mão na cabeça” de adolescentes, nem produz impunidade, como costuma pairar nos noticiários, no senso comum e nas propostas do legislativo para retirar direitos deste segmento social. Sempre existiram previsões legais, aparatos institucionais, medidas correcionais, assim como também sempre existiram denúncias de violação

de direitos sofridas praticadas por parte do Estado. Em vista disso, para fins de conexão com o presente artigo - dedicado a refletir sobre o significado social da proposta de redução da maioridade penal para a cidadania brasileira e para o projeto societário representado pela Constituição de 1988; o que se pretende destacar a partir dos elementos históricos e sociológicos apresentados, consiste em chamar a atenção para o quão remota são as raízes dos processos de criminalização da pobreza e suas formas de repressão e punição sobre a infância e adolescência na contemporaneidade. Quando se percebe que no cárcere na adolescência continua chegando um amontoado de adolescentes pobres e negros, percebe-se que reduzir a maioridade penal é retomar a tradição menorista brasileira, marcada por questões de classe e raça. Sendo assim, a luta pela manutenção da idade penal em 18 anos completos diz respeito à defesa dos direitos humanos das crianças e dos adolescentes brasileiros.

Portanto, em contraposição àqueles que clamam pela ampliação do poder punitivo, reafirmam-se os movimentos de resistência. Grupos identificados como de defesa de direitos humanos expressam sua indignação, defendendo posições contrárias e retratando os adolescentes não como algozes. Argumenta-se que os adolescentes expostos aos mais variados contextos de vulnerabilidade se tornam presas fáceis a serem capturadas pela lógica da violência, associadas à conflitividade social cada vez mais caótica e barbarizante. Esses setores argumentam que múltiplas violações de direitos continuam incidindo duramente contra a população infantil e adolescente,

pobre e negra. Portanto, defendem que violência não será vencida com mais violência, de modo que nada adiantaria medidas de crescente repressão e contenção, se essas continuam descoladas da garantia de direitos individuais e sociais dessa população. Além de proporcionar práticas de violação de direitos humanos por parte de agentes estatais, as medidas do tipo “tolerância zero” constituem paliativos que não alcançam as raízes da questão, sendo efêmero o efeito tranquilizador produzido com apoio midiático.

Em suma, o debate que une criminalidade e a categoria de “inimigo público” à adolescência exposta a inúmeras formas de privação e vulnerabilidade social tem favorecido uma análise limitada do ato infracional, especialmente nesta etapa da vida. Como resultado, a violência que deveria ser percebida como um sintoma social do mal-estar provocado por este modo de produção da vida é atribuída como responsabilidade dos grupos mais expostos aos desafios da luta pela sobrevivência. Trata-se de uma posição que desconecta os conteúdos da cidadania da integralidade do sujeito e do contexto no qual está inserida a maioria dos adolescentes autores de ato infracional que cumprem a medida socioeducativa de internação em “estabelecimento educacional”.

Portanto, é inadmissível que os processos legislativos que interferem na deliberação e implementação de políticas públicas ignorem o passado histórico, as evidências do cotidiano e os indicadores da realidade social em detrimento de uma cultura de pânico, orientada por uma lógica punitiva que

criminaliza a pobreza. Nesta perspectiva, em nome da redução da criminalidade, apontam-se respostas fadadas ao fracasso, reclamando a penalização das medidas socioeducativas, o que acarretará em promover ainda mais o superencarceramento, mais cedo, por mais tempo e junto aos adultos mais experimentados que se encontram no sistema prisional.

Cabe ressaltar que o fato destes adolescentes não serem julgados pela Justiça Comum e de não serem responsabilizados a partir de “penas” estabelecidas pelo Código Penal e suas instituições de execução penal, não significa que a este contingente da população esteja sendo concedida a impunidade. No entanto, a manutenção da inimputabilidade penal atribuída a crianças e adolescentes exige que sejam respeitadas as adequações da matéria ato infracional (crime ou contravenção penal) à legislação especial, à Doutrina da Proteção Integral e ao Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo. A condição de peculiar desenvolvimento e a condição de prioridade absoluta atua no sentido de proteger que sujeitos na “flor da idade” sejam submetidos a um “contágio carcerário” ainda maior, representada pela lógica violenta e inócua que está presente no sistema prisional para adultos.

Esses são apontamentos que têm sido ditos e reditos nas últimas décadas, mas parecem não surtir o efeito de superar a polaridade das discussões e das práticas no que diz respeito aos dilemas entre repressão e proteção. O debate público que vem recorrentemente se instalando frente ao tema do adolescente autor de ato infracional segue tensionando aqueles que são a

favor e aqueles que são contra a redução da maioridade penal, porém sem propor uma reflexão mais aprofundada de como sanar o abismo social que estamos produzindo.

Encarceramento: para quais adolescentes e em que instituições?

A cultura correcional-repressiva constitui uma das expressões do processo da formação social capitalista no Brasil, incidindo de forma desigual e injusta sobre os segmentos menos favorecidos da sociedade brasileira. No que tange à população infantil e adolescente pobre não foi diferente. Crianças e adolescentes foram alvo de práticas excludentes no escopo da *política de assistência ao menor abandonado e delinquente* gestada no final do século XIX e firmada nas primeiras décadas do século XX, em aliança estabelecida entre a Justiça e a Assistência³⁷.

A questão da adolescência criminalizada, em foco neste artigo, guarda relação com esta história. É um problema que continua sendo um desafio para as políticas públicas na maioria dos países. No caso específico do Brasil, há práticas em total desacordo com os princípios e diretrizes das leis e políticas aprovadas. Ou seja, o país vem se mostrando incapaz de implementar o que delibera.

Uma análise comparativa entre 54 países sobre a questão da justiça juvenil mostra que o Brasil vem respondendo aos consensos internacionais:

³⁷ A prática de confinar crianças e adolescentes em internatos de menores e outros tipos de instituição é um exemplo. A esse respeito, ver Rizzini (2011); Marcilio (2002).

O Brasil tem feito importantes avanços para incorporar ao ordenamento jurídico interno as normas, diretrizes e os princípios sobre os quais há consenso internacional quanto ao tratamento jurídico-processual diferenciado de crianças, adolescentes e jovens em conflito com a lei (HATHAWAY, 2015, p.45)³⁸.

Para compreender melhor a questão da redução da maioridade penal no contexto atual, parece-nos importante contrapor dois aspectos desta discussão: por um lado, as normativas vigentes orientadas por uma perspectiva de direitos e, por outro, a realidade de vida dos adolescentes em foco neste texto. Nesse sentido, apresentamos abaixo alguns dados sobre os adolescentes brasileiros autores de atos infracionais e as instituições para as quais são destinados³⁹.

- A grande maioria dos adolescentes em instituições de privação de liberdade no Brasil é de origem pobre, sua cor da pele se classifica como “não brancos”, é do sexo masculino e tem entre 16 e 18 anos de idade. Esses adolescentes, em geral, encontram-se fora do sistema educacional e não estavam inseridos em atividade laboral quando praticaram a contravenção penal ou crime.

As Regras Mínimas das Nações Unidas para a Proteção de Jovens Privados de Liberdade estabelecem o princípio – reiterado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – de que o espaço físico das unidades de privação de liberdade deve assegurar os

³⁸ De acordo com estudo realizado por Hazel (2008) no Reino Unido, a maior parte dos países tem estabelecido a Idade Mínima de Responsabilidade Penal entre 12 e 14 anos e a idade de maioridade penal aos 18 anos (Apud Hathaway, 2015).

³⁹ Os dados a seguir são oriundos das seguintes fontes: Rizzini, Zamora e Klein, 2008; Comissão de Defesa dos Direitos Humanos e Cidadania da ALERJ, 2012.

requisitos de saúde e dignidade. No entanto:

- A maioria das instituições se assemelha a horríveis prisões, como atestam os processos de fiscalização e relatórios divulgados⁴⁰;

- São recorrentes as denúncias de maus-tratos: adolescentes tratados com violência (física e psicológica), por vezes com requintes de altíssima crueldade, podendo culminar em morte;

- Reporta-se, com frequência, que os estabelecimentos de internação são inadequados para acolher a população, do ponto de vista humano e educativo. Espaços escuros, pequenos e superlotados, falta de higiene e alimentação de má qualidade são algumas das características que, normalmente, aparecem quando inspeções são realizadas nesses estabelecimentos.

Ainda que se transforme radicalmente a concepção das unidades de privação de liberdade, o que significaria garantir estabelecimentos voltados para um número reduzido de adolescentes internados, com agentes socioeducativos adequadamente qualificados e dignamente remunerados - o que está longe das condições atuais de funcionamento; o confinamento não deve ser visto como alternativa positiva.

Por fim, alguns indicadores referentes à violência que incide sobre esse grupo ajudam a reconfigurar a análise sobre questões como risco, perigo e segurança. Pesquisas vêm

sistematicamente demonstrando que as maiores vítimas da violência são os próprios adolescentes e jovens. É alarmante o número de homicídios cometidos contra essa população, sobretudo negra. Dados do Mapa da Violência (2014), sobre homicídios e juventude no Brasil, afirmam que a taxa de homicídio brasileira atingiu a casa dos 54,5 por 100 mil jovens de 15 a 29 anos em 2010. Isso coloca o país na sétima posição no ranking que compara 95 países com dados coletados entre 2007 e 2011. De acordo com o Mapa da Violência 2015, houve um enorme crescimento no número de jovens vítimas por armas de fogo. Em 1980, foram 4.415 vítimas, sendo que, em 2012, este número chegou a 24.882. Isto significa um aumento de 463,6% (RIZZINI ET AL, 2012; WAISELFISZ, 2013, 2015).

O Atlas da Violência 2018 (IPEA; FBSP, 2018) aponta que 33.590 jovens foram assassinados no Brasil em 2016, um aumento de 7,4% em relação ao ano anterior. Segundo esta pesquisa, a taxa média do país seria de 65,5 jovens mortos por 100 mil, em 2016. O Atlas revela ainda os efeitos da desigualdade racial sobre as taxas de homicídio. Em 2016, por exemplo, a taxa de homicídios de negros foi duas vezes e meia superior à de não negros (16,0% contra 40,2%). Em uma década, entre 2006 e 2016, a taxa de homicídios de negros cresceu 23,1%, sendo que a taxa entre os não negros reduziu 6,8%. Esses dados reforçam aqueles publicados no Índice de Vulnerabilidade Juvenil à Violência e Desigualdade Racial (BRASIL; FBSP, 2017) que evidencia que, tendo por base o ano de 2015, os jovens negros têm 2,71 mais chances de morrer por homicídio do que jovens brancos no Brasil.

40 ALERJ. Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro, 2012.

Se há um aumento da violência – tanto em sua dimensão concreta quanto na percepção ou sentimento de insegurança presente no cotidiano dos brasileiros –, cabe perguntar como ele vem sendo produzido e como a sociedade deve responder para combater de forma mais efetiva as raízes do problema. Parece incabível discursos e práticas que injustamente penalizem seletivamente cidadãos brasileiros, muito menos os adolescentes.

Considerações finais

Embora a redução da maioridade penal se configure como uma velha questão no Brasil, fato é que, recentemente, o Congresso Nacional esteve muito próximo de aprovar essa tragédia anunciada justamente em um período de grande instabilidade democrática e em meio a severos conflitos políticos internos. Essa discussão é da maior importância, pois a proposta de redução da maioridade penal expõe um debate político estabelecido entre a defesa de direitos fundamentais, como a vida, e a política de encarceramento em curso no Brasil, como dispositivo de gestão da miséria.

O Brasil está entre os países que exibem a maior população carcerária do mundo. A realidade na qual estamos inseridos evidencia que o direito penal vem deixando a recomendação quanto ao seu uso de *última ratio* para assumir a recomendação de *prima ratio* frente aos conflitos, tendência que revela a ênfase que vem sendo dada à face penal do Estado, em detrimento de maiores investimentos em políticas garantidoras de direitos

para o conjunto da sociedade. Permitir que os adolescentes permaneçam como alvo de práticas excludentes e punitivas jamais promoverá um efetivo combate à criminalidade e ao sentimento de insegurança presentes em nossa sociedade.

Frente à dura realidade que atinge a população infantil e juvenil pobre e negra do Brasil, o princípio da dignidade humana e a inimizabilidade penal dos menores de 18 anos completos configuram um compromisso ético-político com os pactos internacionais e legislações nacionais que indicam a Justiça Juvenil como especial. Este posicionamento deve ser sustentado como direito de crianças e adolescentes, pois mais antigo do que propor a redução da maioridade penal de sujeitos indesejáveis é a nossa incapacidade de investir no cuidado e na garantia de direitos básicos e fundamentais defendidos pelas sociedades que se pretendem democráticas. Dessa forma, persiste uma clara dualidade, que continua entendendo determinados “sujeitos de direitos” como sujeitos “*menores*”, lançados à condição de inimigo público, representante do perigo e ameaça ao “cidadão de bem (bens)”. Assim, as práticas de contenção em unidades de privação de liberdade persistem, mesmo sabendo que, com frequência, mais danos causam que benefícios à população atendida e ao conjunto da sociedade.

Enfrentar a realidade e alguns dos desafios de frente talvez faça a diferença. Um primeiro passo poderia ser partir da seguinte constatação: as instituições de privação de liberdade não constituem uma solução adequada. Experiências sobre diferentes formas de tratamento à população em privação de liberdade

em diversos países demonstram que a tarefa de humanizar o atendimento no sistema prisional é imensamente difícil e os seus resultados infrutíferos, frequentemente incorrendo na chamada “reincidência”. A meta de que o aprisionamento seja acionado somente em último caso jamais foi cumprida. E hoje, com unidades já superlotadas, pleiteia-se mais institucionalização e por um período mais longo.

Todavia, outros passos são indicados, tendo em vista vislumbrar alguns caminhos que façam uma diferença para o presente e o futuro, entre eles:

- Para aqueles que já estão no sistema socioeducativo, de fato humanizar o tratamento, com perspectivas de médio e longo prazos capazes de construir alternativas de vida que os retirem da condição de marginalizados. Basta de reformas que apenas encobrem o problema.

- É imprescindível atacar as causas do problema e evitar ao máximo a entrada no sistema; diminuir o número dos que lá chegam e assegurar que permaneça o menor tempo possível.

A ênfase na responsabilização dos atos infracionais, baseados na ideia de punição centrada na privação da liberdade, desconsidera o uso inadequado da medida de internação em detrimento das alternativas em meio aberto para atos infracionais de menor potencial ofensivo. Percebe-se certa banalização na aplicação da medida de “internação em estabelecimento educacional”, assim como também se verifica o desinvestimento

que existe nos equipamentos municipais da política de assistência social responsável pelo desenvolvimento das medidas socioeducativas em meio aberto. Quanto à dinâmica estabelecida entre o Poder Legislativo e o Executivo, também é importante salientar a atuação danosa estabelecida entre esses Poderes. É preciso considerar a forma histórica como o Congresso Nacional arbitra nesse campo e a forma como o Executivo responde, incorrendo em falhas que recaem duramente contra a população mais vulnerabilizada e para os processos democrático-populares de construção de políticas públicas. Cabe, assim, atentar para o papel dos Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente nas diferentes esferas de poder.

Trata-se de reivindicar que o SINASE e seus dispositivos sejam capazes de apresentar respostas e promover reais processos socioeducativos. Deste modo, que a Justiça Juvenil seja capaz de transpor as orientações penais e as ações punitivas inócuas, centradas especialmente no encarceramento das prisões. O debate das demais medidas socioeducativas existentes, como a advertência, a obrigação de reparar o dano, a prestação de serviços à comunidade, inserção de regime de semiliberdade, também precisam ser incluídos ao debate. Essas provisões já estabelecidas não podem ser confundidas com impunidade, visto que na legislação vigente há todas as previsões legais que devem envolver o processo de responsabilização do adolescente.

Há, por fim, que se considerar a complexidade das questões em foco. As trajetórias de vida desses adolescentes descortinam as múltiplas situações de vulnerabilidade a que

estão expostos desde o nascimento. Junto à pobreza, há uma série de “faltas” já bem conhecidas: falta de acesso à moradia e à alimentação adequadas; à saúde, à educação, à cultura, à segurança, a trabalho/emprego/renda para seus responsáveis, entre outras. Diante deste quadro, pode-se afirmar que lhes faltaram condições e oportunidades para que pudessem se desenvolver e construir projetos de vida que não os levassem tão automaticamente para as malhas da face penal do Estado. As políticas de transferência de renda e de promoção de direitos com foco sobre os primeiros anos de vida que o Brasil vem adotando visando a diminuição das desigualdades socioeconômicas constituem medidas importantes. Elas devem ter a perspectiva de longo prazo e de continuidade, no entanto, encontram-se hoje cada vez mais ameaçadas. Essas questões não podem permanecer sob o domínio da política de curta visão, de arbitrariedades e de amplos poderes que, historicamente, vêm mantendo o bem-estar da população mais espoliada em segundo plano.

A precária apreensão dessa problemática pouco tem contribuído para transformar as vidas das crianças e adolescentes em contextos de violação de direitos. Um novo itinerário para as análises dedicadas a pensar o adolescente e a prática do ato infracional de maneira ampla e aprofundada questiona a obviedade e as polarizações em pauta na discussão sobre a redução da maioridade penal. Para alcançar a posição de sujeito de direitos, não se deve pensar nesse adolescente apenas como vítima, condenado ou mero objeto de controle por parte do Estado. Esse adolescente é um jovem cidadão e deve ser visto

como alguém que se encontra em formação. Seu presente e nosso futuro enquanto humanidade e sociedade dependem de como o vemos e como o tratamos.

Bibliografia

- ARANTES, Esther. 2008
- ALERJ. Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro. Comissão de Defesa dos Direitos Humanos e Cidadania. Relatório 2009-2012. Rio de Janeiro: ALERJ, dezembro de 2012.
- BATISTA, Vera M. Difíceis ganhos fáceis. Drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Renavan, 2003.
- BATISTA, Vera M. Criminologia e Política Criminal. Revista Internacional de História Política e Cultura Jurídica, Rio de Janeiro, vol. 1. no. 2, julho/dezembro 2009, p. 20-39.
- HATHAWAY, Gisela S. A. O Brasil no regime internacional dos direitos humanos de crianças, adolescentes e jovens: comparação de parâmetros de justiça juvenil. Brasília: Câmara dos Deputados, 2015.
- FOUCAULT, Michel. Vigiar e punir – história da violência nas prisões. Petrópolis: Vozes, 1977.
- FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- GUINDANI, Miriam Krenzinger A (Org.). Defesa transdisciplinar de jovens em conflito com a lei. Porto Alegre: Editora Nova Prata, 2005.
- MARCÍLIO, Maria Luiza. A FEBEM de São Paulo: passado e presente. In: Violência e criança. São Paulo: Cortez, 2002.
- RIZZINI, Irene; ZAMORA, Maria Helena; KLEIN, A. O adolescente em contexto. CIESPI, PUC-Rio/ABMP, 2008.
- RIZZINI, Irene. O século perdido. Raízes históricas da assistência à infância no Brasil. São Paulo: Editora Cortez, 2011 (3.a edição).
- RIZZINI, Irene et al. A efetivação de políticas públicas no Brasil. O caso das políticas para crianças e adolescentes em situação de rua no Brasil. Rio de Janeiro: CIES- PI/PUC-Rio, 2012.
- SANTOS, 2004
- VALE, Juliana Maria Batistuta Teixeira. O cárcere na adolescência: ressonâncias de uma trajetória. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Uberlândia, MG, 2009.
- VALE, 2017
- WACQUANT, Loïc. As prisões da miséria. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- WASELFISSZ, Julio J. Mapa da violência 2013: homicídios e juventude. Brasília: Secretaria Nacional de Juventude, 2013.
- WASELFISSZ, Julio J. Mapa da violência 2015. Mortes matadas por armas de fogo. Brasília: Secretaria Nacional de Juventude, 2015

Mulheres, drogas, gravidez, maternidade e resistência

Autora:

Susan Boyd

Professora, pesquisadora e PhD da Faculdade de Desenvolvimento Humano e Social da Universidade de Victoria. Ex integrante da Força Tarefa Federal sobre Legalização e Regulação de Cannabis no Canadá. Trabalha com organizações nacionais e comunitárias que defendem iniciativas de redução de danos e o fim da proibição as drogas. Email: scboyd@uvic.ca

Sumário

Este texto aborda pesquisas sobre exposição pré-natal à cocaína e narcóticos que desafiam as lendas relacionadas a problemas de curto e longo prazo de bebês filhos de mães viciadas em cocaína e seus derivados. Os pesquisadores argumentam que os efeitos da pobreza são confundidos com os efeitos da exposição à droga. Ao invés de punir as mulheres que usam drogas ou separar as mães de seus bebês, os serviços de pré-natal e de maternidade de redução de danos para gestantes foram criados em várias cidades, incluindo Glasgow (Escócia) e Vancouver (Canadá). Esses serviços melhoraram a qualidade de vida, sob diversos aspectos, das mães e dos bebês, tanto no parto, no pós-parto e, conseqüentemente, ao longo de toda as suas vidas.

Palavras-chave

Mulheres, drogas, gravidez, maternidade, redução de danos, resistência.

Mulheres, drogas, gravidez, maternidade e resistência^{41, 42}

Susan Boyd

Cocaína e Gravidez

O medo do crack da década de 1980 gerou textos, que alertavam que, se bebês fossem expostos à cocaína no período pré-natal, sofreriam problemas de longo prazo; no entanto, descobrimos que esses avisos foram falsos. Barbara Myers, Heather Olson e Karol Kaltenbach foram alguns dos primeiros pesquisadores a notar que, até o momento, todos os estudos pré-natais relacionados à cocaína foram conduzidos em mulheres pobres e seus bebês (Myers et al., 1992). Assim, os efeitos da pobreza são confundidos com os efeitos da exposição à cocaína. Eles também argumentam que a maioria dos bebês expostos à cocaína não é prematura e não tem baixo peso ao nascer e é especialmente verdadeiro quando as mulheres recebem um bom suporte nutricional e pré-natal.

Pesquisas subsequentes sobre a exposição pré-natal à cocaína também desafiaram reivindicações anteriores relacionadas a problemas de curto e longo prazos (Chasnoff et al., 1992; Frank et al., 2001; Frank e Zuckerman, 1993; Greider, 1995; Hawley & Disney, 1992). Hepburn, 2002; Mayes et al.,

41 Tradução André G.C. Thomé, andregcthome@gmail.com

42 Com permissão da Carolina Academic Press. A primeira seção deste capítulo é um trecho de: Susan Boyd. (2015, 2a. Edição). De bruxas a fissuras: mulheres, legislação sobre drogas e política, Durham, Carolina do Norte: Carolina Academic Press, pp. 88-89, 114-115, 117-119.

1992; Morgan & Zimmer, 1997; Robins & Mills, 1993). Deborah Frank e seus colegas revisaram estudos sobre a exposição pré-natal à cocaína entre 1984 e 2000 (Frank et al., 2001). Eles concluem que a maioria das crianças expostas à exposição pré-natal é “indistinguível” de crianças não expostas. Eles também afirmam que não há evidências de que a exposição pré-natal à cocaína esteja relacionada a efeitos negativos mais graves do que uma série de outros fatores de risco, como o uso do tabaco e a pobreza. Abstinência relacionada à exposição pré-natal à cocaína não existe. Pelo contrário, os problemas são uma “conseqüência das complicações pré-natais, e não da verdadeira abstinência” (Hepburn, 2002: 253). Descobertas recentes de um estudo longitudinal dos efeitos da exposição pré-natal à cocaína no desenvolvimento infantil de 110 crianças (agora adultos) seguidas desde o nascimento por Hallam Hurt e associados descobriram que “a pobreza é uma influência mais poderosa no resultado das crianças do centro da cidade” do que a exposição gestacional à cocaína.” Semelhante a outros estudos discutidos abaixo, eles também observaram que não encontraram diferenças significativas entre as crianças expostas à cocaína e sua amostra controle (FitzGerald, 2013; Veja também Farah et al., 2006; Hurt e cols. , 2009; Hurt et al., 2005)”. No entanto, os políticos e o público continuam a citar mulheres pobres e racializadas, usuárias de drogas, como o “problema” em vez de examinar a política econômica e social neoliberal que torna segmentos da população pobres e marginalizados.

Narcóticos e Gravidez

A abstinência é específica para exposição pré-natal a narcóticos, não a cocaína. Além disso, a abstinência é o único efeito específico do uso de drogas narcóticas pela mãe. No entanto, nem todas as crianças expostas a narcóticos (legais ou ilegais) podem apresentar sintomas de abstinência. A abstinência narcótica é transitória e imprevisível. Nem todas as crianças expostas ao uso de drogas maternas experimentam abstinência e não está relacionada à dose. Pesquisas sobre a abstinência de narcóticos em bebês variam amplamente de país para país. Nos EUA e no Canadá, os pesquisadores afirmam que de 60% a 95% dos bebês expostos ao uso de narcóticos maternos sofrerão abstinência. Em contraste, no Serviço de Saúde Reprodutiva da Mulher (agora o Serviço de Necessidades Especiais na Gravidez) em Glasgow, de 200 bebês nascidos de mulheres que usaram drogas durante a gravidez, apenas 7% necessitaram de tratamento para sintomas de abstinência, e menos ainda foram admitidos em um berçário especial de cuidados de saúde (Hepburn, 1993). A doutora Mary Hepburn, que criou o serviço, observa que o resultado ruim da gravidez “pode ser devido não tanto às drogas quanto à privação socioeconômica subjacente ou aos efeitos do uso de drogas no estilo de vida” (Hepburn, 1993: 54). É claro que a privação social está ligada a desfechos maternos desfavoráveis, e assim pesquisadores canadenses e norte-americanos estão confundindo os efeitos da pobreza com os efeitos das drogas (Myers et al., 1992; Siney, 1995). As diferenças na abstinência e

nos resultados maternos entre os EUA e países como a Escócia e a Grã-Bretanha derivam das diferenças entre seus sistemas de apoio e de serviços sociais, econômicos e de saúde divergentes. Nos EUA, as mulheres não têm acesso a cuidados de saúde universais e têm menos apoios econômicos e sociais do que as suas homólogas na Grã-Bretanha e na Escócia. Esses fatos sociais e econômicos moldam a saúde materna e os resultados da pesquisa.

Serviços de Redução de Danos Glasgow

O serviço da Dra. Mary Hepburn surgiu quando ela abriu uma clínica para mulheres em meados dos anos 80. A clínica trouxe cuidados reprodutivos para as mulheres que estavam “relutantes ou incapazes de frequentar os serviços padrão, ou para as quais os serviços eram inadequados ou não atendiam às suas necessidades”. O programa cresceu rapidamente e agora está localizada na Maternidade Princess Royal, oferecendo tratamento ambulatorial em uma série de serviços multidisciplinares que são oferecidos a mulheres grávidas em várias locais na cidade - aquelas que usam drogas ou não são oferecidas um “alto padrão de cuidado” (Hepburn, 2014). As clínicas reconhecem que o uso de drogas pela mãe é uma “de uma série de problemas sociais e é administrada nesse contexto” (Hepburn, 2002: 250-251). Assim, mesmo que o uso de drogas seja visto como um risco, ele é considerado gerenciável. Os assistentes sociais se envolvem

desde o início para fornecer apoio econômico e social, e não intervenção em crise. Eles reconhecem que o uso de drogas ilegais em si não é igual a maus pais. De fato, a abstinência, por si só, não garante uma boa parentalidade. As mulheres são tratadas com respeito e acham os serviços aceitáveis (Hepburn, 1999, 2002).

No programa, evitam-se tentativas pesadas de reduzir o uso de drogas e alcançar a abstinência; em vez disso, a estabilização é o objetivo. As mulheres que usam drogas podem interromper o uso durante a gravidez (desintoxicação pré-natal) e estabilizar a manutenção com metadona (a dose pode variar durante a gravidez). Diferentemente da maioria dos serviços nos EUA e no Canadá, embora os cuidados pré-natais e o parto sejam conduzidos obstinadamente, as parteiras são um componente do serviço multidisciplinar. As mães não são rotineiramente separadas de seus bebês após o nascimento e são encorajadas a amamentar para minimizar os sintomas de abstinência na criança. Reconhece-se que “a infecção materna pelo HIV é uma contraindicação por causa do aumento do risco de transmissão vertical. As evidências sugerem que a hepatite C não é transmitida pela amamentação, mas não há prova absoluta disso” (Hepburn, 2002: 258). A Dra. Hepburn conclui que, para esse grupo de bebês vulneráveis, os benefícios superam o risco teórico, e a amamentação é recomendada. Ela também afirma que a confidencialidade é essencial, e não é incomum que os trabalhadores de serviços assumam que sabem o que as mulheres precisam, quando na verdade elas não sabem. Depois que o serviço foi aberto, descobriu-se que noventa e cinco por cento dos

bebês iam para casa com as mães (Hepburn, 1999). Hoje, após cortes no financiamento de serviços e aumento da desigualdade de renda e aumento de doenças relacionadas à pobreza, cerca de 90 a 80% dos bebês vão para casa com suas mães (Hepburn, 2014). As mulheres que usam drogas ilegais e frequentam seus serviços têm resultados comparáveis em relação ao nascimento de mulheres que não usam drogas. No entanto, Hepburn observa que a combinação de mulheres mais velhas que usam drogas e o uso prolongado de drogas pode culminar em problemas de saúde, o que poderia ter um impacto negativo nos resultados maternos (Hepburn, 20 de abril de 2003, comunicação pessoal).

Vancouver, Canadá

No Canadá, não houve redução de danos nos serviços de pré-natal ou maternidade, especificamente para mulheres que usavam drogas antes dos anos 90. Os bebês considerados expostos durante o período pré-natal a medicamentos foram separados de suas mães após o nascimento. Em um programa especial criado em 1983 para crianças rotuladas como NAS em Vancouver, British Columbia, essas crianças foram submetidas a tratamento experimental e, na maioria das vezes, as crianças foram permanentemente presas pelo Estado. No início dos anos 1990, os trabalhadores de serviços sociais e de saúde em Vancouver estavam buscando uma abordagem menos punitiva. Assim, no início dos anos 90, vários profissionais de saúde e redução de danos visitaram os serviços da Dra. Mary Hepburn em Glasgow para ver como a redução de danos era

aplicada às clínicas e serviços de maternidade das mulheres. A Dra. Hepburn também visitou Vancouver, educando os trabalhadores de saúde e redução de danos sobre os serviços de Glasgow que eram mais pragmáticos que moralizantes. Baseando-se no modelo de assistência que a Dra. Mary Hepburn estabeleceu em Glasgow, o Dr. Ron Abrahams e Sarah Payne, parteira enfermeira, foram duas das muitas pessoas que trabalharam no sentido de criar um modelo similar, mas canadense, para gestantes e mães usuárias de substâncias. Levou vários anos; no entanto, em 2003, a unidade de cuidados combinados da Fir Square abriu suas portas em Vancouver, no British Columbia Women's Hospital. É a primeira unidade deste tipo no Canadá. A Fir Square ofereceu onze leitos para atendimento pré-parto e pós-parto a mulheres de “alto risco” que desejavam “estabilizar ou abandonar o uso de drogas durante a gravidez usando uma abordagem de redução de danos centrada na mulher” (Payne, 2007: 59). Ao contrário dos programas criados em Glasgow, Liverpool e Manchester, as parteiras não desempenham um papel central na Fir Square. O Fir Square inclui uma equipe multidisciplinar que escolheu trabalhar lá, que inclui médicos, enfermeiras, assistente social, conselheiro de álcool e drogas, trabalhador infantil, nutricionista, líder sênior de consultório, funcionário da unidade e trabalhadores da limpeza.” (Ibid.: 61). Onde a separação de bebês expostos no pré-natal a drogas é um tratamento padrão no Canadá, na Fir Square, os bebês dormem com suas mães. De fato, a unidade hospitalar é uma “zona livre de apreensão”, na qual mães e seus bebês recebem apoio (Abrahams, 2014).

O Dr. Ron Abrahams e seus colegas conduziram uma revisão comparativa retrospectiva de uma “coorte de bebês expostos à substância na Columbia Britânica de 2003 e 2006.” O grupo de alojamento conjunto na Fir Square foi comparado a um grupo de tratamento padrão retirado de 12 hospitais na província de B.C. que não forneceram o mesmo nível de atenção pré-natal e pós-natal. O estudo constatou que “o alojamento conjunto foi associado a uma diminuição significativa na admissão” para unidades de terapia intensiva neonatal (NICU) e estadias mais curtas em UTI neonatal para bebês nascidos a termo. Na verdade, bebês com alojamento conjunto tinham “metade da probabilidade de serem admitidos na UTIN” (Abrahams et al., 2010: 868). Além disso, o estudo também concluiu que havia uma “maior probabilidade de amamentação” enquanto estava internado e aumentava as “chances de que o bebê permanecesse sob custódia da mãe quando ambos fossem para casa após a internação” (Ibid.: 866). Mulheres e bebês no Fir Square passam mais tempo no hospital do que os cuidados padrão no Canadá. A Fir Square possui mais recursos e suporte para o atendimento pré-natal e pós-parto. Muitas vezes, o tempo de permanência é “prolongado devido a problemas inerentes criados por fatores socioeconômicos, especialmente a falta de moradia adequada” (Abrahams et al., 2010: 870).

A Fir Square está formalmente ligada à Sheway, um serviço de extensão de gravidez com redução de danos para mulheres que usam drogas e cujos filhos têm menos de 18 meses; o serviço foi estabelecido em 1993 no bairro urbano mais pobre do Canadá, o

Downtown Eastside de Vancouver, B.C. e há agora um componente habitacional de suporte disponível para algumas mulheres e seus filhos (Abrahams, 2014; Payne, 2007: 57).

Resistência

Globalmente, muitas mulheres grávidas e mães que usam drogas ilegais não têm acesso a programas de redução de danos, como o Fir Square descrito acima, ou até mesmo apoios básicos de saúde e sociais. Internacionalmente, os ativistas deixaram claro como as leis e políticas proibicionistas de drogas em nível local, nacional e internacional estão ligadas à violência estrutural contra as mulheres e suas famílias. O impacto das políticas de drogas recai desproporcionalmente sobre as mulheres (e nações) pobres e racializadas. Em todo o mundo, mulheres marginalizadas que usam drogas ilegais ou que participam do tráfico de drogas experimentam uma intensificação da violência de gênero, a discriminação e o estigma.

Os corpos das mulheres há muito tempo são o terreno para promover políticas proibicionistas de drogas punitivas através das leis sobre drogas e uma rede de regulação que se cruza através da justiça criminal, bem-estar social, proteção infantil e políticas de saúde que ameaçam os direitos humanos reprodutivos das mulheres. Devido ao medo e desinformação sobre drogas, danos ao feto, pais e drogas, mulheres pobres e racializadas que são suspeitas de usar drogas ilegais estão ameaçadas de apreensão infantil, tratamento compulsório, ser presas e tempo de prisão.

As crianças são retiradas à força de suas mães pelo estado. Para algumas mulheres e seus filhos, a punição é vitalícia.

Globalmente, os grupos de mulheres estão se unindo contra a violência da guerra contra as drogas e seu impacto negativo nas famílias e comunidades. Eles apontam como a proibição das drogas dificulta a criação de serviços eficazes de redução de danos e de apoio social e de saúde. As mulheres também destacam como a proibição das drogas se soma ao colonialismo, as políticas neoliberais, a violência associada ao tráfico de drogas, o complexo industrial prisional, a militarização da sociedade civil e as violações dos direitos humanos.

A guerra contra as drogas nunca foi sobre drogas em si; ao contrário, é uma guerra contra mulheres, homens e suas famílias marginalizadas, recursos, terras e sistemas políticos e sociais alternativos. À medida que nos organizamos para parar a guerra contra as drogas e para imaginar e nos esforçarmos em direção a políticas econômicas e sociais alternativas, as mais afetadas pela proibição das drogas, as mulheres e suas famílias, devem permanecer centrais.

Bibliografia

- Abrahams, R. (2014, May 17). "Mothering" Why? How?. Presented at Challenging Drug Prohibition and the Regulation of Reproduction and Mothering. Vancouver, BC.
- Abrahams, R., MacKay-Dunn, M., Nevmerjitskaia, V., MacRae, G. Payne, S., & Hodgson, Z. (2010). An evaluation of rooming-in among substance-exposed newborns in British Columbia. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 32(9), 866–871.
- Chasnoff, I., Griffith, D., Freier, C., & Murray, J. (1992). Cocaine/Polydrug use in pregnancy: Two-year follow-up. *Pediatrics*, 89(2), 337–339.
- Farah, M., et al. (2006). Childhood poverty: Specific associations with neurocognitive development. *Brain Research*, 1110, 166–174.
- FitzGerald, S. (2013). 'Crack baby' study ends with unexpected but clear result. Retrieved January 14, 2014, from http://articles.philly.com/2013-07-22/news/40709969_1_hallam-hurt-so-called-crack-babies-funded-study
- Frank, D., Augustyn, M., Knight, W., Pell, T., & Zuckerman, B. (2001). Growth, development, and behavior in early childhood following prenatal cocaine exposure. *Journal of the American Medical Association*, 285(12), 1613–1625.
- Frank, D., & Zuckerman, B. (1993). Children exposed to cocaine prenatally: Pieces of the puzzle. *Neurotoxicology and Teratology*, 15, 298–300.
- Frank, D., Augustyn, M., Knight, W., Pell, T., & Zuckerman, B. (2001). Growth, development, and behavior in early childhood following prenatal cocaine exposure. *Journal of the American Medical Association*, 285(12), 1613–1625.
- Greider, K. (1995). Quieting the crack-kid alarm. *The Drug Policy Letter*, 27, 16–17, 20–21.
- Hawley, T., and Disney, E. (1992). Crack's children: The consequences of maternal cocaine abuse. *Social Policy Report*, 11(4), 1–23.
- Hepburn, M. (1993). Drug Use in Pregnancy. *British Journal of Hospital Medicine*, 49(1), 51–55.
- Hepburn, M. (1999, May). Providing services to substance using mothers and their babies. Paper presented at the Justice Institute of British Columbia, New Westminster, BC.
- Hepburn, M. (2002). Providing care for pregnant women who use drugs: The Glasgow Women's Reproductive Health Service. In H. Klee, M. Jackson, & S. Lewis (Eds.), *Drug misuse and motherhood* (pp. 250–260). London: Routledge.
- Hepburn, M. (2014, May 17). Drug use and pregnancy: The Glasgow story. Presented at Challenging Drug Prohibition and the Regulation of Reproduction and Mothering. Vancouver, BC.
- Hurt, H., Brodsky, N., Hallam, R., Malmud, E., Giannetta, J. (2005). School performance of children with gestational cocaine exposure. *Neurotoxicology and Teratology*, 27, 203–211.
- Hurt, H., et al. (2009). Children with and without gestational cocaine exposure: A neurocognitive systems analysis. *Neurotoxicology and Teratology*, doi:10.1016/j.ntt.2009.08.002.
- Mayes, L., Granger, R., Bornstein, M., & Zuckerman, B. (1992). The problem of prenatal cocaine exposure. *Journal of the American Medical Association*, 267(3), 406–408.
- Morgan, J., & Zimmer, L. (1997). The social pharmacology of smokeable cocaine: Not all it's cracked up to be. In C. Reinerman & H. Levine (Eds.), *Crack in America: Demon drugs and social justice* (pp. 131–170). Berkeley: University of California Press.
- Myers, B., Olson, H., & Kaltenbach, K. (1992). Cocaine-exposed infants. *Zero to Three*, 13(1), 1–5.
- Payne, S. (2007). Caring not curing: Caring for pregnant women with problematic substance use in an acute-care setting: A multidisciplinary approach. In S. Boyd and L. Marcellus (Eds.), *With child, substance use during pregnancy: A woman-centred approach* (pp. 56–69). Halifax: Fernwood.
- Robins, L., & Mills, J. (Eds.). (1993). Effects of in utero exposure to street drugs. *American Journal of Public Health (Supplement to Vol. 83)*, 1–32.
- Siney, C. (1995). *The pregnant addict*. Cheshire, UK: Books for Midwives.

Women, Drugs, Pregnancy and Resistance

Author

Susan Boyd

PhD, Distinguished Professor in the Faculty of Human and Social Development, University of Victoria.

She is the author of a number of articles and books on drug issues, including: *Mothers and Illicit Drugs: Transcending the myths; From Witches to Crack Moms: Women drug law, and policy; Hooked: Drug war films in Britain, Canada, and the U.S.; Busted: An illustrated history of drug prohibition in Canada*, and co-author of *Raise Shit!: Social action saving lives; Killer Weed: Marijuana grow-ops, media, and justice*; and *More harm than good: Drug policy in Canada*.

In 2016 she was a member of the federal Task Force on Cannabis Legalization and Regulation. She also works with national and community peer-run organizations that advocate for harm reduction initiatives and for an end to drug prohibition. E-mail: sboyd@uvic.ca

Summary

This chapter examines research on prenatal exposure to cocaine and narcotics that challenge claims related to short- and long-term problems. Critics argue that the effects of poverty are mistaken for the effects of drug exposure. Rather than punish women who use drugs, or separate mothers from their infants, supportive harm reduction prenatal and maternity services for pregnant women have been set up in a number of cities, including Glasgow, Scotland and Vancouver, Canada. These services enhance birth outcomes and family stability. Yet globally, many women who use illegal drugs still lack access to effective harm reduction services. Women's bodies have long been the terrain to further punitive drug prohibitionist policies, contributing to the erosion of women's human and reproductive rights. In response, women are resisting punitive policies and rallying to stop the war on drugs.

Keywords

Women, drugs, pregnancy, mothering, harm reduction, resistance.

Women, Drugs, Pregnancy, Mothering, and Resistance⁴³

Susan Boyd

Cocaine and Pregnancy

The crack scare of the 1980s generated writing that warned if infants were prenatally exposed to cocaine they would suffer long-term problems; however, these warnings have been found to be untrue. Barbara Myers, Heather Olson, and Karol Kaltenbach were some of the first researchers to note that to date all of the prenatal studies related to cocaine were conducted on poor women and their infants (Myers et al., 1992). Thus, the effects of poverty are mistaken for the effects of cocaine exposure. They also argue that the majority of infants exposed to cocaine are not premature and do not have a low birth weight, and they note that this is especially true when women have been provided good prenatal and nutritional support.

Subsequent research on prenatal exposure to cocaine also challenged earlier claims related to short- and long-term problems (Chasnoff et al., 1992; Frank et al., 2001; Frank and Zuckerman, 1993; Greider, 1995; Hawley & Disney, 1992; Hepburn, 2002; Mayes et al., 1992; Morgan & Zimmer, 1997; Robins & Mills, 1993). Deborah Frank and her colleagues reviewed studies on prenatal exposure to cocaine from 1984–2000 (Frank et al., 2001).

⁴³ With permission from Carolina Academic Press. The first section of this chapter is an excerpt from: Susan Boyd. (2015, 2nd Edition). *From Witches to Crack Moms: Women, Drug Law, and Policy*, Durham, NC: Carolina Academic Press, pp. 88-89, 114-115, 117-119

They conclude that most infants exposed to prenatal exposure are “indistinguishable” from nonexposed infants. They also state that there is no evidence that prenatal exposure to cocaine is related to negative effects that are more severe than a host of other risk factors such as tobacco use and poverty. Withdrawal related to prenatal exposure to cocaine does not exist. Rather, problems are a “consequence of antenatal complications rather than from true withdrawal” (Hepburn, 2002: 253). Recent findings from a longitudinal study of the effects of pre- natal cocaine exposure on child development of 110 children (now adults) followed since birth by Hallam Hurt and associates found that “poverty is a more powerful influence on the outcome of inner-city children than gestational exposure to cocaine.” Similar to other studies discussed below, they also note that they found no significant differences between the cocaine-exposed children and their control sample (FitzGerald, 2013; See also Farah et al., 2006; Hurt et al., 2009; Hurt et al., 2005). Yet, politicians and the public continue to cite poor and racialized substance using pregnant women and mothers as the “problem” rather than examine neoliberal economic and social policy that renders segments of the population poor and marginalized.

Narcotics and Pregnancy

Narcotic withdrawal is specific to prenatal exposure to narcotics, not cocaine. As well, withdrawal is the only specific effect of maternal narcotic drug use. However, not all infants

exposed to narcotics (whether legal or illegal) may experience withdrawal symptoms. Narcotic withdrawal is both transitory and unpredictable. Not all infants exposed to maternal drug use experience withdrawal and it is not dose related. Research on narcotic withdrawal in infants varies widely from nation to nation. In the U.S. and Canada, researchers state that anywhere from 60–95 percent of infants exposed to maternal narcotic use will experience withdrawal. In contrast, at the Women’s Reproductive Health Service (now the Special Needs in Pregnancy Service) in Glasgow, of 200 infants born to women who used drugs during pregnancy, only 7 percent required treatment for withdrawal symptoms, and fewer still were admitted to a special-care nursery (Hepburn, 1993). Dr. Mary Hepburn, who established the service, notes that poor pregnancy outcome “may be due not so much to the drugs as to the underlying socioeconomic deprivation or the effects of drug use on lifestyle” (Hepburn, 1993: 54). It is clear that social deprivation is linked to poor maternal outcomes, thus Canadian and U.S. researchers are mistaking the effects of poverty with the effects of drugs (Myers et al., 1992; Siney, 1995). Differences in withdrawal and maternal outcomes between the U.S. and countries like Scotland and Britain highlight their divergent health, economic, and social service support systems. In the U.S., women have no access to universal health care and have fewer economic and social supports than their counterparts in Britain and Scotland. These social and economic facts shape maternal health and research findings.

Harm Reduction Services Glasgow

Dr. Mary Hepburn's service emerged when she opened a clinic for women in the mid-1980s. The clinic brought reproductive care to women who were "reluctant or unable to attend standard services, or for whom services were inappropriate, or did not meet their needs." The program grew rapidly and is now based at the Princess Royal Maternity, offering outpatient care in a number of community-based city-wide multidisciplinary services that are offered to pregnant women—those who use drugs and those who do not are offered a "high standard of care" (Hepburn, 2014). The clinics recognize that maternal drug use is one "of a range of social problems and is managed in that context" (Hepburn, 2002: 250–251). Thus, even though drug use is viewed as a risk, it is considered to be a manageable one. Social workers become involved early on to provide economic and social support, not crisis intervention. They recognize that illegal drug use in itself does not equal bad parenting. In fact, abstinence does not in itself guarantee good parenting. The women are treated with respect and find the services acceptable (Hepburn, 1999, 2002).

At the program, heavy-handed attempts to reduce drug use and to achieve abstinence is avoided; rather, stabilization is the goal. Women who use drugs may discontinue use during pregnancy (antenatal detoxification) and stabilize on methadone maintenance (the dose may vary throughout the pregnancy). Unlike most services in the U.S. and Canada,

although antenatal care and delivery are obstetrically led, midwives are a component of the multidisciplinary service. Mothers are not routinely separated from their infants after birth and they are encouraged to breast-feed to minimize withdrawal symptoms in the infant. It is recognized that "maternal HIV infection is a contraindication because of increased risk of vertical transmission. The evidence suggests that hepatitis C is not transmitted by breast feeding but there is no absolute proof of this" (Hepburn, 2002: 258). Dr. Hepburn concludes that for this group of vulnerable infants, the benefits outweigh theoretical risk, and breast-feeding is recommended. She also asserts that confidentiality is essential, and it is not uncommon for service workers to assume they know what women need, when in fact they do not. After the service opened, it was found that ninety-five percent of the babies went home with their mothers (Hepburn, 1999). Today, following cut backs in funding for services, and widening income inequality and an increase in poverty-related illnesses, about 90 to 80 percent of babies go home with their mothers (Hepburn, 2014). Women who use illegal drugs and attend their services have comparable birth outcomes to nondrug using women. However, Hepburn notes that the combination of older drug-using women and long-term use of drugs may culminate in poor health, which could have a negative impact on maternal outcomes (Hepburn, April 20, 2003, personal communication).

Vancouver, Canada

In Canada there were no harm reduction prenatal or maternity services specifically for women who used drugs prior to the 1990s. Infants thought to be prenatally exposed to drugs were separated from their mothers after birth. In one particular special program set up in 1983 for children labeled NAS in Vancouver, British Columbia, these children were subjected to experimental treatment and most often infants were permanently apprehended by the state. In the early 1990s, health care and service workers in Vancouver were looking for a less punitive approach. Thus, in the early 1990s, a number of harm reduction and health care professionals visited Dr. Mary Hepburn's services in Glasgow to see how harm reduction was applied to women's clinics and hospital maternity services. Dr. Hepburn also visited Vancouver, educating both health and harm reduction workers about the Glasgow services that were pragmatic rather than moralizing. Drawing from the model of care Dr. Mary Hepburn established in Glasgow, Dr. Ron Abrahams and Sarah Payne, a nurse midwife, were two of the many people who worked towards setting up a similar, but Canadian model, for pregnant women and mothers using substances. It took several years; however, in 2003, the Fir Square Combined Care Unit opened its doors in Vancouver at British Columbia Women's Hospital. It is the first unit of this kind in Canada. Fir Square offered eleven beds for antepartum and postpartum care to "high risk" women who wished "to stabilize or withdraw from drug use during pregnancy using a women-

centred, harm reduction approach" (Payne, 2007: 59). Unlike the programs set up in Glasgow, Liverpool, and Manchester, midwives do not play a central role at Fir Square. Fir Square includes a multidisciplinary team who have chosen to work there that includes physicians, "nurses, a social worker, and alcohol and drug counselor, a child-life worker, a nutritionist, a senior practice leader, a unit clerk, and housekeeping workers" (Ibid.: 61). Where separation of infants prenatally exposed to drugs is standard care in Canada, at Fir Square, babies room in with their mothers. In fact, the hospital unit is an "apprehension free zone" where mothers and their infants are offered support (Abrahams, 2014).

Dr. Ron Abrahams and his colleagues conducted a retrospective comparative review of a "cohort of substance-exposed infants in British Columbia from 2003 and 2006." The rooming-in group at Fir Square was compared to a standard care group drawn from 12 B.C. hospitals that did not provide the same level of prenatal and postnatal care. The study found that "rooming-in was associated with a significant decrease in admission" to neonatal intensive care units (NICU) and shorter stays in NICU for full term infants. In fact, rooming-in infants were "half as likely to be admitted to NICU" (Abrahams et al., 2010: 868). In addition, the study also concluded that there was an "increased likelihood of breastfeeding" while in hospital and increased "odds that the baby would remain in the mother's custody when both went home after their hospital stay" (Ibid: 866). Women and babies at Fir Square spend more time in hospital than standard care in Canada. Fir

Square has more resources and supports for prenatal and postpartum care. Often the length of stay is “prolonged due to inherent problems created by socioeconomic factors, especially the lack of suitable housing” (Abrahams et al., 2010: 870).

Fir Square is formally linked to Sheway a harm reduction pregnancy outreach service for women who use drugs and whose children are under 18 months; the service was established in 1993 in Canada’s poorest urban neighborhood, the Downtown Eastside of Vancouver, B.C. and there is now a supportive housing component available to some women and their children (Abrahams, 2014; Payne, 2007: 57).

Resistance

Globally, many pregnant women and mothers who use illegal drugs have no access to harm reduction programs, such as Fir Square described above, or even basic health and social supports. Internationally, activists have made clear how punitive drug prohibitionist laws and policies at the local, national, and international level are linked to structural violence against women and their families. The impact of drug policies falls disproportionately on poor and racialized women (and nations). Around the world, marginalized women who use illegal drugs or who participate in the drug trade experience heightened gendered violence, discrimination, and stigma.

Women’s bodies have long been the terrain to further

punitive drug prohibitionist policies through drug laws and an intersecting web of regulation through criminal justice, social welfare, child protection, and health policies, that threaten women’s reproductive and human rights. Due to fear and misinformation about drugs, harm to the fetus, and parenting and drugs, poor and racialized women who are suspected of using illegal drugs are threatened with child apprehension, compulsory treatment, arrest, and prison time. Children are forcibly taken from their mothers by the state. For some women and their children, the punishment is life long.

Globally, women’s groups are rallying against the violence of the war on drugs and its negative impact on families and communities. They point to how drug prohibition hinders the setting up of effective harm reduction services, and health and social supports. Women also highlight how drug prohibition intersects with colonialism, neoliberal policies, associated drug trade violence, the prison industrial complex, the militarization of civil society, and human rights violations.

The war on drugs has never been about drugs themselves; rather it is a war against marginalized women, men, and their families, resources, land, and alternative political and social systems. As we organize to stop the war on drugs and to imagine and strive towards alternative economic and social policies, those most effected by drug prohibition, women and their families, must remain central.

Com que olhos vejo o que seus olhos não podem ver!

Autora

Teresa Alves

A autora desse artigo é uma ex-usuária compulsiva de drogas, dentre elas o crack, durante 10 anos consecutivos, que num ato de extrema coragem e solidariedade disponibiliza sua vivência para todos nós. Ela hoje atua como psicóloga (com especialização em atendimento a usuários de drogas) e por medo de ser alvo de preconceitos pediu para ter sua identidade preservada, o que fez com ela assinasse esse seu belo depoimento com um codinome.

Sumário

O que se mostra, o que se fala e, principalmente, o que se pensa sobre a questão do uso abusivo do crack seria mesmo o que se vive? Estaríamos próximos da realidade dos usuários? E como seria essa “realidade”, qual é o impulso dessa força que pode matar? Sempre se fazendo pensar nas possibilidades e no que de fato fica quando a droga sai, quais os papéis sociais da “ex” usuária, além desse estigma, é claro.

Nesse artigo, faz um corajoso balanço desse seu período, sem culpas nem lamúrias tão comuns em quem ousa transgredir as normas sociais.

Palavras-chave

Drogas, crack, ex usuária.

Com que olhos vejo o que seus olhos não podem ver!

Teresa Alves

Andando no centro de São Paulo me deparo com seres humanos consumidos por sabe-se lá o que. Vejo gente, andando, olhando, pensando e vendo, o que talvez meus olhos não possam ver. Seriam então filtros? O que se apresenta diante dos meus olhos, e mesmo aos de quem se permite tal experiência, desperta medo, arrepia e inebria. Logo penso, fecho os vidros, acelero e me viro. Daí sim me surpreendo com meus pensamentos e atitudes, lembro que em outro momento experienciei refletir, valorizar, acolher e conversar com quem um dia já andou por lá.

Então me pergunto se eu seria diferente, melhor ou mais capaz que essas pessoas e me remeto à resposta, não! Elas têm as mesmas potencialidades que outras (quem sabe até mais que uns e outros por aí), com um diferencial absolutamente relevante, uma doença, avassaladora capaz de deixar “louco” o mais lúcido, tomar espírito e ir para o “espaço” com tudo. Leva a vida, acaba tornando a pessoa quase desumana, desfigurada, desvalida, falida e perdida. Leva a dignidade, a moralidade e o respeito, sobra dor e lamento. Para facilitar vem a mídia tomar proveito, triste ver se ruir em pó, dor e sofrimento gerando ibope.

Mas há quem se incomode, quem fale e grite sobre o tema. Vê e sente que crack mata, mas antes arrasta, leva marés de gente. A verdade é que a fúria do vício, se assim pode ser chamado, é

maior que muito “tsunami”, não é onda e nem marola. Quando se contam histórias, tem gente que chora, tamanha fragilidade diante do ser, que embora aparente fraqueza, luta todo dia por sua sorte de não ser mais um estendido no chão.

Mas estariam então dispostas as pessoas estando a serviço da comunidade em centros de saúde, não convivendo com essas outras (que se encontram a margem), teriam então coragem de acolher, atender, estender a mão e tratá-los com a mesma dignidade? Prefiro acreditar que sim, pois eu já o fiz e não me sinto assim melhor, mais capaz ou ousada, sou humana! Solidarizo-me fácil quando cruzo becos e vielas. Compadeço-me rápido e penso que tive mais oportunidades que aquelas, que se encontram entregues.

Tenho o prazer e a honra de hoje poder ajudar quem um dia já passou por lá, tenho o contentamento de vivenciar pelas experiências de uns e outros, o que seria tamanho sufoco. Já nessa altura de minha vida sou grata por minhas escolhas, erros e agora me vejo crescida. Com tanta experiência experimentada, ouvida e vivida, que sou capaz de escrever e tentar passar que é possível vencer.

Percebo que as condições que levam uma pessoa à rua são diversas, impossíveis de serem numeradas. Muitos com famílias bacanas e oportunidades boas se entregam a esse vício que se torna um ciclo e quase não se pode ver o fim. Até que um dia surge uma ideia ou uma possibilidade de dizer adeus ao que se viveu e dar um “oi” a um mundo novo que se abre como uma porteira e mostra que melhor é ser livre e ver a vida por inteiro.

Com uma caneta na mão abro a mente e o coração, penso na satisfação de colocar coisas boas, de não me sentir mais à toa, de me olhar e me importar. Espero que o leitor possa também se olhar, se tocar e repensar qual hoje, na sociedade, é o seu lugar? Entendo que com meu trabalho faço a diferença, me esforço um tanto por dia para tentar entender como e quais caminhos são possíveis dentro do cenário que se apresenta.

Muitos fingem esconder o que ninguém quer ver, nessa cidade que mostra a olhos nus, que mesmo quem não gosta está sujeito e seria apenas mais um. Não se engane, as escolhas podem não ser assim tão conscientes, imagine encontrar um remédio para dor de dente e ver todo sofrimento acabar, sem se dar conta de que tratando causa e não efeito, com certeza o problema irá piorar. Pois bem, muitos usuários veem nas drogas essa possibilidade de curar uma dor que não cessa.

E em pouco tempo após essa descoberta, quando se vai dormir ainda se está inebriado e, ao acordar, vem logo o pensamento do primeiro trago. A decisão não oscila, a busca é somente essa. E qual nosso dever? Tentar cortar essa “brisa”, internar e pensar que isso vai ajudar? E agora pensemos no que a internação pode ajudar, a não ser na fantasia de que esse doente pode se curar. Uma coisa é certa, a decisão de parar vem como uma descoberta. E apenas quem pode parar é quem começa a usar, familiar não pode decidir, não pode interferir, consegue no máximo sugerir. É imprescindível lembrar que a família (bem como todos os que circundam a vida de um dependente) deveriam se tratar, assim as possibilidades de voltar a usar tendem

a diminuir. Cada um tem sua responsabilidade, no processo de ajudar, mas a culpa não se pode identificar.

Além do preconceito e outros tantos processos que tiram o respeito e a dignidade de quem se encontra hoje nessa realidade. Incomoda perceber vidro levantando e olhar de medo em quem não sabe como reagir diante dessa cena tão incômoda. Creio que não seja possível julgar, nem quem está na condição de rua levado pelas drogas a experimentar tal “liberdade”, nem quem levanta vidro ou apressa o passo com medo de quem passa em determinadas regiões e logo se torna um suspeito.

Penso que poderíamos rever posições, pensamentos e possibilidades. Desmistificar crenças de que as generalizações são passíveis de dizer como “todos” os usuários são de um jeito ou de outro. Cada ser humano é um, parece evidente que certos comportamentos de determinados grupos acabam sendo determinados e determinantes. As escolhas são passíveis de numerosas discussões, seriam responsáveis por decidir sair de casa em busca de um uso sem regras, sem limites e sem nenhuma condição? E diante disso questionar as capacidades de escolher, pois há quem pense que cada um que está ali não escolhe, enquanto a todo o momento decidem, querem mais e mais droga.

Seria um tanto quanto violento tirar a capacidade de decisão do outro, querendo que façam o que outros querem que seja feito. Todo dia são realizadas intervenções para “ajudar” quem esta usando, são famílias que resolvem, mesmo que de maneira ilusória, o problema de uso abusivo dos queridos. De repente

chega alguém vestido de branco e tira dali, do “sofrimento” mais um e o leva para a promessa de um “futuro melhor”. Aí me pergunto, quem é capaz de decidir o futuro de outra pessoa? Quem tem o poder de saber o que é melhor para alguém, quando muitas vezes as próprias decisões parecem equivocadas?

E após um tratamento surgem novas dúvidas, pensando que frustrações são difíceis de lidar, ainda mais quando não se lida com elas durante muito tempo, ao primeiro “não” da vida o usuário pode ter sua recaída. E como não se tem garantias, seria então melhor não interferir, deixar que o curso de suas próprias vidas indique o caminho.

E são tantas projeções, cobranças e fantasias, que muitas vezes só resta mesmo é sair de tanta hipocrisia, cada um encontra sua saída. Seriam as drogas socialmente aceitas menos prejudiciais? Será então que as estatísticas de morte que envolvem uso abusivo de álcool já não valem de nada? Não estamos mais vendo pessoas internadas por causa de cigarro, com câncer e tantos outros males por ele provocado? Sem contar o comportamento repugnante de muitos alcoólicos que ficam agressivos. São tantos os casos de reprodução de coisas erradas que nem a própria pessoa (em uso) consegue reconhecer de onde vem esse prazer. E é complicado de lidar, ver novamente o sofrimento que foi visto nos olhos desta gente e traz tanto questionamento. Por quê?

Dessa forma há uma reprodução quase involuntária do que antes era motivo de represália. E do que se alimenta quem hoje já não mais aguenta tamanha dor e frustração? O que sobra

para quem não tem resiliência para lidar com a falta de crença de que um dia as coisas podem mudar? E então surge a visão de um remédio, que como tantos outros, não cura, mas ameniza dor, angústia, ansiedade e medo. Quem não quer encontrar o segredo para ser feliz? Aí já não importa mais por quanto tempo e nem se a dor volta em lamento causando o sofrimento de quem está por perto. Às vezes parece que fica mais importante à vontade de sumir e assim ver tudo acabar.

As escolhas são feitas em relação ao uso, continuar ou buscar ajuda. Quando se continua, algumas possibilidades se apontam, e um dia pode se chegar ao fundo do poço e se pedir ajuda ou continuar com a experiência de usar e se deliciar, sofrer, quem sabe até morrer. Quando se pede ajuda lá vêm todas as expectativas e fantasias que surgem não só de quem se angustia com a tomada de decisão. Essa esperança está nos olhos de quem não cansa de tentar ajudar, as equipes que estão em clínicas e tantos outros lugares acreditando que podem mudar. Há também as ideias da família que pensam que após um tratamento (seja ele qual for) a pessoa estará curada. E também segue nessa estrada os ideais do usuário.

Então, surge um novo conflito, a possibilidade de recaída, que também pode ser vista como um “cair na real”. Até então o usuário passou um bom tempo usando e possivelmente afastado de seus deveres e direitos como cidadão. Após passar por um tratamento vem a reinserção e as dificuldades do dia a dia que, muitas vezes, podem não ser suportadas e levar a pessoa a procurar refúgio onde encontrava antes, nas drogas.

Atualmente atendo em duas clínicas para dependentes químicos e faço também um trabalho como arte educadora dentro da fundação CASA. Assim posso buscar oferecer tratamentos que sejam de fato eficazes no processo de recuperação, tendo consciência de que o que faço é pouco, mas trabalho de formiguinha um dia dá resultado. Com os menores infratores tento conversar e apontar outras direções que não essa vida ingrata do crime que aparentemente mais leva do que dá. Em ambos tento focar o valor da vida e o quanto isso é importante.

As drogas também fizeram parte da minha história, hoje me recupero do mal que me causaram. O romance com a droga é muito interessante, afinal de contas é uma paixão avassaladora. O mal que faz fica escondido na sensação de prazer que nada na vida é capaz de dar. Me lembro do começo do uso, tudo era novidade, toda aquela sensação, tanto causada pela droga, quanto pelo frio na barriga, do medo de ser pega pela polícia ou por meus familiares.

Fui criada em uma família muito amorosa, que como tantas, esconde entre as paredes da casa conflitos, porém nada que salte aos olhos. Estudei em bons colégios, tive pais trabalhadores, tios muito queridos, avós e avôs atenciosos e primos unidos. Mas nada bastava. Na escola sempre tive grupos e bons amigos. Certa vez, antes de sair resolvi experimentar aquela que seria minha parceira por muitos anos. Mas antes já havia experimentado a outra que seria plano de fundo, que desde pequena já chamava minha atenção.

Com quatorze anos comecei as séries de bebedeiras, com

dezesseis tive o primeiro semi coma alcoólico, que me levou ao hospital em estado de “entre a vida e a morte”. Em paralelo a isso fazia uso de outras substancias, mas meu relacionamento mais longo foi com a maconha, foram dez anos de muita dedicação. Na época não via problema algum a não ser por algumas depressões, mas quando fiz a escolha de parar percebi o tamanho da liberdade.

Atualmente me sinto livre, minhas escolhas não são impulsionadas por nada. Tenho grandes oportunidades que a própria vida se encarregou de me dar, como bons empregos, bons amigos, um ótimo namorado e um filho (que por enquanto carrego no ventre). Sem uso de drogas me aproximei de quem amo de verdade e fui correr atrás de sonhos (que eu já nem tinha mais). Agora vejo o quanto estão próximas todas as minhas realizações pessoais.

É interessante olhar para trás e ver o quanto deixei passar, o quanto aproveitei e o quanto perdi nesse período, parecia estar dormindo mesmo com os olhos abertos. Minha vida passava como se fosse um filme e eu estava lá apenas como figurante. Todas as escolhas tinham propósitos distorcidos.

E hoje me vejo aqui feliz e satisfeita, percebendo que, com tudo, as possibilidades estavam tão perto, só eu que não percebia.

Publicações da Editora Rede UNIDA

Séries:

Atenção Básica e Educação na Saúde

Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

Cadernos da Saúde Coletiva

Vivências em Educação na Saúde

Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

Saúde Coletiva e Cooperação Internacional

Clássicos da Saúde Coletiva

Saúde & Amazônia

Arte Popular, Cultura e Poesia

Branco Vivo

Saúde em imagens

Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico

Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade

Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes

Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



ISBN 978-85-54329-14-3



9 788554 329143