



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE EDUCAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO BRASILEIRA**

**TEREZA MARIA DA SILVA FERREIRA**

**SABERES E DISCURSOS CULTURAIS SOBRE O USO DE DROGAS**

**FORTALEZA**

**2018**

TEREZA MARIA DA SILVA FERREIRA

SABERES E DISCURSOS CULTURAIS SOBRE O USO DE DROGAS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Brasileira, da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Educação. Área de concentração: Educação Brasileira.

Orientador: Prof. Dr. José Gerardo Vasconcelos.

FORTALEZA

2018

TEREZA MARIA DA SILVA FERREIRA

SABERES E DISCURSOS CULTURAIS SOBRE O USO DE DROGAS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Brasileira, da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutora em Educação. Área de concentração: Educação Brasileira.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. José Gerardo Vasconcelos (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. José Rogério Santana  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Felipe Franklin de Lima Neto  
Faculdade Luciano Feijão (FLF)

---

Prof. Dr. Antônio Roberto Xavier  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Lia Machado Fiuza Fialho  
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Dedico este trabalho aos meus filhos, Sara, José Neto e Benjamim, razão de minhas lutas, vitórias e conquistas; fontes restauradoras quando eu já não tinha mais forças. Desde há muito, compreenderam minhas ausências e limitações, buscando autonomia e determinação com a resiliência e a resistência de poucos. Meus fiéis e bravos escudeiros, companheiros de todas as horas. Representações do mais puro amor de Deus nesse tempo de minha vida terrena.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus, por todas as manhãs ouvir minhas angústias, dores e limitações e, com seu amor incondicional e gestos inexprimíveis, restaurar minhas forças e restabelecer meu ânimo.

Ao meu querido orientador, professor doutor José Gerardo Vasconcelos, pessoa linda e maravilhosa. Sou eternamente grata por sua generosidade e confiança em mim depositada.

Ao Núcleo de História e Memória da Educação (Nhime), em especial aos professores: José Rui Martinho Rodrigues, Rogério Santana, Raimundo Elmo Vasconcelos e Ari de Andrade.

Em especial à Lia Fialho, à Rafaela Florêncio e à Karla Botão, pelo incentivo e apoio desde o princípio.

A uma colega que se tornou amiga de todas as horas, principalmente nas dúvidas, angústias e vitórias dessa caminhada profissional em que juntas nos tornamos fortes, Camila Saraiva.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Funcap), pelo financiamento do estudo.

“Não há nada no nosso caminho que não  
passe pelo caminho do outro.”

(Cora Coralina)

## RESUMO

No trabalho proposto, o objetivo é descrever rupturas e descontinuidades histórico-culturais sobre o uso de drogas relacionadas ao percurso discursivo da predominância médica, psiquiátrica e farmacêutica. A problemática se faz necessária na perspectiva de pensar: quais transformações históricas, sociais e culturais ocorreram na formação discursiva da medicina e farmacologia? Tem-se como hipótese, ressaltar as distorções dos discursos deturpados de práticas e saberes preconceituosos e marginalizantes no percurso histórico-cultural sobre as drogas como forma de entendimento das significações criminalizadoras sobre a temática. O propósito é apresentar a imposição dos discursos médicos em determinados períodos históricos. Além do estudo teórico há como campo de coleta de dados a história da Comunidade Terapêutica Desafio Jovem do Ceará, considerada uma das instituições pioneiras em oferecer tratamento às pessoas comprometidas com o alcoolismo e a dependência química desde a década de 70. A referida instituição atua desde 1975 na cidade de Fortaleza, tendo como objetivo a reinserção social desses sujeitos. No referencial teórico, recorreu-se às significações teóricas de transgressão e desvios a partir de Howard Becker e Gilberto Velho, como também, do entendimento do papel da educação não formal enquanto processo educativo. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de cunho histórico, usando como metodologia a história oral da temática das drogas, referenciada pela análise da *Arqueologia do Saber*, de Foucault. Utilizou-se como técnica a coleta de dados e análise dos documentos cedidos pela Comunidade Terapêutica Desafio Jovem e observação contida no diário de campo. Conclui-se que, o que antes era cultura, ritual religioso, depois uma das principais formas de adquirir prazer, transformou-se em doença. Doença essa que, sobressai-se, em seus múltiplos aspectos à realidade do “louco e da loucura” nas formas de tratamento de indivíduos desviantes, pautados em um discurso patológico, e transformada, pelos saberes médicos, em doença, alienação, desajuste, irracionalidade, perversão, carregando um conjunto de práticas, concepções e saberes ancorados em uma moralidade. Ao condenar, ou na intenção de prevenir seu uso, precisa-se levar em conta sua evolução histórica em determinadas regiões, sociedade, bem como fenômenos políticos e culturais do contexto se inserem. Assim, neste trabalho, tomou-se como premissa de que a dependência não se estrutura fundamentalmente a partir da experiência com uma

substância psicoativa, mas a estruturação mental de cada sujeito empresta significações singulares às experiências vivenciadas com as mais diversas substâncias psicoativas, funcionando como um filtro que possibilita a produção de vários sentidos, a depender da função que estas assumem para cada um.

**Palavras-chave:** Drogas. Desvios. Educação. História.



## ABSTRACT

In the proposed work, the objective is to describe historical and cultural disruptions and discontinuities about drug use related to the discursive path of medical, psychiatric and pharmaceutical predominance. The problematic is necessary from the perspective of thinking: what historical, social and cultural transformations occurred in the discursive formation of medicine and pharmacology? It is hypothesized to highlight the distortions of misrepresented discourses of prejudiced and marginalizing practices and knowledge in the historical-cultural course on drugs as a way of understanding the criminalizing meanings on the subject. The purpose is to present the imposition of medical discourses in certain historical periods. In addition to the theoretical study, the field of data collection includes the history of the Desafio Jovem do Ceará Therapeutic Community, considered one of the pioneer institutions in offering treatment to people who are committed to alcoholism and chemical dependence since the 1970s. The institution mentioned operates since 1975 in the city of Fortaleza, aiming at the social reintegration of these subjects. In the theoretical framework, we resorted to the theoretical meanings of transgression and deviations from Howard Becker and Gilberto Velho, as well as the understanding of the role of non-formal education as an educational process. This is a qualitative research of historical nature, using as methodology the oral history of the theme of drugs, referenced by the analysis of the Archeology of Knowledge, by Foucault. The technique used was data collection and analysis of documents provided by the Desafio Jovem Therapeutic Community and observation in the field diary. It is concluded that what was once culture, religious ritual, then one of the main forms of acquiring pleasure, has become a disease. This disease, which stands out in its multiple aspects to the reality of "madness and madness" in the ways of treating deviant individuals, based on a pathological discourse, and transformed, by medical knowledge, into disease, alienation, misfit, irrationality, perversion, carrying a set of practices, conceptions and knowledge anchored in a morality. When condemning, or in order to prevent its use, one must take into account its historical evolution in certain regions, society, as well as political and cultural phenomena of the context. Thus, in this work, it was assumed that dependence is not fundamentally structured from the experience with a psychoactive substance, but the mental structuring of each subject lends singular meanings to the experiences with the most diverse

psychoactive substances, functioning as a filter that enables the production of various senses, depending on the function they assume for each one.

**Keywords:** Drugs. Deviations. Education. Story.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Capes	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
Caps	Centros de Atenção Psicossocial
Cebrid	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CID 10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Versão
Conad	Conselho Nacional Antidrogas
Conen	Conselho Estadual de Entorpecentes
Confen	Conselho Federal de Entorpecente
CT	Comunidade Terapêutica
Dr.	Doutor
EPM	Escola Paulista de Medicina
EUA	Estados Unidos da América
Funcap	Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico
GREA	Grupo de Estudos Interdisciplinares sobre Álcool e Drogas
MLA	Movimento da Luta Antimanicomial
MS	Ministério da Saúde
NA	Narcóticos Anônimos
Nhime	Núcleo de História e Memória da Educação
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
Pnad	Política Nacional sobre Drogas
Prof.	Professor
Senad	Secretaria Nacional Antidrogas
Sisnad	Sistema Nacional Antidrogas
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
Unilab	Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 PERCURSOS METODOLÓGICOS</b> .....	20
2.1 Análise e interpretação .....	32
2.2 Visão panorâmica de estudos sobre as drogas .....	35
<b>3 SENTIDOS, MOTIVAÇÕES E DISCURSOS MÉDICOS SOBRE USO DE DROGAS</b> .....	39
3.1 Discursos médicos e drogadição .....	45
3.2 Reforma psiquiátrica e uso de drogas no Brasil .....	55
3.3 Comunidades Terapêuticas (CTs) .....	60
<b>4 COMUNIDADE TERAPÊUTICA DESAFIO JOVEM DO CEARÁ: MODELO INSTITUCIONAL, EXPERIÊNCIAS E NARRATIVAS BIOGRÁFICAS</b> .....	67
4.1 Silas Munguba, idealizador e fundador do Desafio Jovem do Ceará ..	68
4.2 Comunidade terapêutica – saberes, práticas e educação não forma .....	85
<b>5 BUSCANDO RUPTURAS E DESCONTINUIDADES HISTÓRICAS SOBRE O USO DE DROGAS NO BRASIL</b> .....	89
5.1 Caminhos da análise arqueológica .....	89
5.2 Novo mundo: releitura do uso de drogas no Brasil .....	104
5.3 Brasil dos alambiques, fumo de rolo e maconha .....	108
5.4 Cultura, transgressão e desvios no uso de drogas .....	115
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	119
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	122
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	128
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGENS</b> .....	129
<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO DE AUTORIZAÇÃO DO FIEL DEPOSITÁRIO</b> .....	130
<b>APÊNDICE D – CARTA DE APRESENTAÇÃO À PRESIDENTA DO DESAFIO JOVEM DO CEARÁ</b> .....	132
<b>ANEXO A – DESAFIO JOVEM DO CEARÁ (DECLARAÇÃO)</b> .....	134
<b>ANEXO B – IMAGENS DO DESAFIO JOVEM DO CEARÁ</b> .....	135

## 1 INTRODUÇÃO

“Historicamente, a questão do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas tem sido abordada por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica. [...] Cabe ainda destacar que o tema vem sendo associado à criminalidade e práticas antissociais e à oferta de ‘tratamentos’ inspirados em um modelo de exclusão/separação dos usuários do convívio social.” (BRASIL, 2003, p. 7).

A epígrafe acima, embora de forma extremamente sucinta, deixa bem claro os rastros a serem seguidos neste trabalho no que diz respeito ao nosso percurso histórico sob a ótica médica, associado à criminalidade e à oferta de tratamentos que proponham transformações de práticas, saberes e valores socioculturais na oferta de serviços institucionais não somente na atualidade, mas também historicamente sempre pautados em modelos de exclusão, preconceito e discriminação.

Dentro do percurso histórico tem-se no final do século XIX, não próximo da passagem da sociedade urbana-industrial, a medicina científica moderna e os Estados Unidos firmando-se como instâncias máximas no controle de uso e proibição de drogas, lançando, assim, os fundamentos do conhecido “modelo proibicionista de drogas”, fundamentado pelos Estados Unidos numa aliança entre os modelos explicativos sobre o uso de drogas da medicina, somada aos interesses da farmacologia, e ainda pautada no ponto de vista jurídico-legal. (ESCOHOTADO, 1995). Já no Brasil, somente nos anos de 1980, depois dos movimentos de contracultura e dos vários questionamentos políticos e sociais em oposição a toda repressão durante a ditadura militar entre as décadas de 1960 e 1980 estavam os questionamentos à proibição, ao uso de drogas e aos novos discursos sobre sua prevenção.

Em seguida, com a redemocratização do país, o modelo proibicionista de drogas foi incorporado à saúde pública, passando a ser questionado e problematizado pelas ciências humanas, possibilitando uma nova perspectiva sobre o uso de drogas, incluindo as ciências humanas em estudos nos quais antes estavam totalmente excluídas, pois o domínio desses estudos era considerado apenas à Medicina e à Psiquiatria. Gradualmente, as abordagens anteriores se

tornaram insuficientes em suas respostas, sendo necessárias as indagações de outras abordagens, como as de cunho apenas sociológico, ficando clara a necessidade de pesquisas, estudos e abordagens em várias disciplinas e campos do conhecimento, o que justifica a relevância deste trabalho e em especial estudos relacionados à História e Educação não formal. (BIRMAN, 2007). Sobre essa questão tem-se como principais interessados os países como o Brasil, que possui boa parte da população, na faixa dos 15 aos 24 anos, totalmente entregue à dependência de drogas, onde todos os usuários estão inseridos de alguma forma no mundo comum da transgressão e do crime.

É essencial, neste estudo, ignorarmos a ideia da rotulação para usuários de drogas como sujeitos marginais, ou vítimas de uma psicopatologia, ou um indivíduo sem expectativa de vida, sem compromisso afetivo e profissional, entre outras projeções estereotipadas. Desse modo, direciona-se este estudo a uma experiência histórica e cultural das formas de uso de drogas ilícitas. O referencial do Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef) diz que o uso de droga é diverso e que nem todas as pessoas que a consomem são necessariamente dependentes, não devendo, pois, serem estigmatizadas por toda sua vida. (ABRAMOVAY; CASTRO, 2005).

Conforme o exposto, tem-se que tais processos se constituem historicamente na tensão problematizada entre as abordagens médica e cultural presentes na diversidade de significados sociais e contextos, e na interdependência entre esses elementos. Consoante essa abordagem, o Estado ignora por completo a multidimensionalidade da dependência química, limitando as formas de abordagem do fenômeno das drogas à delinquência, criminalidade ou patologia, acarretando, como consequência, regulamentações e leis de autocontrole e exclusão social conforme percebe-se historicamente.

Partindo do século XIX, com a Proclamação da República, ocorreu o período da institucionalização da medicina psiquiátrica como referência do Estado em termos de controle e liberação dos medicamentos psicoativos, tendo como referência os padrões europeus da modernidade, por meio dos quais determinados sujeitos provenientes das camadas mais pobres do Brasil, principalmente os negros, passaram a ser reconhecidos como indivíduos primitivos e inferiores. (ENGEL, 1999).

No período da sociedade pós-industrial e suas complexas transformações, originou-se um solo fértil para o fortalecimento do modelo sociocultural de abordagem das drogas, privilegiando o contexto e o desenvolvimento histórico sobre o fenômeno. Nesse quartel, as pesquisas chamavam a atenção para as questões morais e discriminatórias em torno da proibição de determinadas drogas psicoativas. (ADYLA, 1986; CARNEIRO, 1993).

O primeiro artigo da Lei de Tóxicos brasileira (Lei nº 6.368/1976) trata e separa especificamente quatro categorias de pessoas com envolvimento com drogas da seguinte forma: o traficante, o dependente, o experimentador ou usuário eventual e o traficante-dependente. Assim, sabe-se que os diferentes modos de uso de drogas podem acarretar variadas modalidades de consumo. (ABRAMOVAY; CASTRO, 2005).

Através de estudos anteriores sobre o uso de drogas, percebe-se que há no Brasil um movimento discursivo sobre as formas de tratamento da drogadição a partir da Reforma Psiquiátrica do século XX. Revisitando um pouco da realidade histórica brasileira, em 1920 a legislação penal previa internação compulsória por tempo indeterminado aos nomeados de toxicômanos; em 1930, editou-se a Lei de Fiscalização de Entorpecente, com posicionamento proibicionista que criminalizava o porte de droga independentemente da quantidade portada. No ano de 1970, houve um alinhamento da legislação brasileira às convenções da Organização das Nações Unidas (ONU) realizadas em 1961 e 1971. Nesse âmbito, buscou-se a formulação da Política Nacional de Entorpecente pelo Conselho Federal de Entorpecente (Confen), ainda focada na repressão ao tráfico e ao consumo de drogas. Tal política apontava um apoio de comunidades terapêuticas, e em 1988 instituíram-se os Centros Regionais de Referência em Prevenção e Tratamento ao Uso Abusivo de Drogas em 1990, com a Declaração de Caracas, vinculou-se a atenção psiquiátrica à atenção primária à saúde, sendo estabelecidas, com a Reforma Psiquiátrica, normas para implantação dos Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial. (FERREIRA; LUIS, 2004).

Após a Reforma Psiquiátrica, em 2001 no Brasil apresentou-se como resultado o movimento da Luta Antimanicomial, o qual fora responsável pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que tinha como diretriz a reformulação do modelo de Atenção à Saúde Mental, transferindo o foco do tratamento, que se concentrava na

instituição hospitalar, para uma Rede de Atenção Psicossocial; a referida lei também redirecionava a assistência em saúde mental, privilegiando a oferta de tratamento em serviços de base comunitária e dispendo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, sendo essa proposta nossa ponte de articulação com a educação não formal, tendo como ponto de partida sua base comunitária.

Nesse contexto, houve a substituição gradual dos manicômios por outras práticas terapêuticas, e a cidadania do doente mental passou a ser objeto de discussão não somente entre os profissionais de saúde, mas também entre os membros da sociedade em geral e de outros campos do saber, deixando claro que o modelo clássico de loucura no qual o sujeito precisava ser distanciado dos demais deveria ser extinto para a transformação em objeto de (re)construção de práticas que visassem promover uma nova produção de saber e discurso sobre o uso de drogas.

Ainda nesse conjunto simbólico, houve a progressiva substituição dos antigos manicômios por novas práticas terapêuticas, e a cidadania de portadores de doenças da mente passou a ser objeto de discussão não mais somente entre os profissionais de saúde, mas entre os membros de toda a sociedade, concretizando o projeto de desinstitucionalização, desmontagem e desconstrução de saberes, práticas e discursos comprometidos com a real objetivação da loucura e sua diminuição como doença.

Minha hipótese está em ressaltar discursos deturpados de práticas e saberes preconceituosos e marginalizantes no percurso histórico-cultural sobre as drogas, como forma de entendimento das significações criminalizadoras sobre a temática. Refere-se aos discursos que defendem uma política repressiva alinhada ao discurso norte-americano, defendendo uma abordagem mais humanizada e culturalmente sensível às questões históricas, culturais e sociais que podem beneficiar sujeitos envolvidos com o uso de drogas por meio de práticas e saberes multidisciplinares como formas de educação não formal e reinserção social.

Desse modo, justifica-se a importância deste trabalho na necessidade de estudos e pesquisas sobre o fenômeno das drogas, tendo como foco o campo histórico-cultural, trazendo à tona abordagens e modelos institucionais no trato às drogas, resgatando marcos históricos e regulações de uso no que diz respeito ao caráter proibitivo e discriminatório de substâncias psicoativas frente à problemática



das drogas no Brasil. Por conseguinte, busca-se entender a vulnerabilidade de sujeitos que estão expostos a situações de maior sofrimento, abandono e exclusão social como usuários pobres e negros, partindo dos seguintes questionamentos: quais transformações históricas, sociais e culturais ocorreram na formação discursiva da medicina e farmacologia? Qual a contribuição das ciências sociais nessas transformações? E quais as significações imputadas aos conceitos estigmatizadores e marginalizantes sobre as drogas?

Torna-se essencial destacar a importância do entrelaçamento desses vários campos como forma de compreensão de inúmeras possibilidades educativas acerca da realidade multidisciplinar proposta neste trabalho, não se podendo escolher uma ou outra área, dada a relevância da harmonia produzida nesse entrelaçamento. Isso porque fazer educação implica entender a articulação de inúmeros fatores, significados e saberes, ressaltando a significância da abordagem desses fatores, pois educação também se constitui numa atitude de esperança. Conforme Craidy e Gonçalves (2005, p. 139):

Certamente a educação exige uma definição prévia de desenvolvimento humano e de realidade social [...]. Parte da convicção de que toda a pessoa tem condições de se desenvolver rumo a uma maior realização pessoal e social e a uma vida feliz. A felicidade também é objeto da educação.

Nessa perspectiva, compreende-se as práticas educativas realizadas na Comunidade Terapêutica Desafio Jovem do Ceará como uma forma de busca por essa felicidade, tendo como filosofia também um trabalho educativo aliado a programas específicos de tratamento para alcoolistas, dependentes químicos e familiares. A instituição se propõe a trabalhar o ser humano em toda sua essência, pautada na motivação intrínseca do dependente químico para pedir ajuda, em uma colaboração espontânea de mudanças de hábitos autodestrutivos como forma de adesão ao tratamento, possibilitando-lhes uma outra trajetória de vida. Para tanto, o trabalho oferecido pela Instituição é no sentido de conscientizar, criar mecanismo para mudanças no estilo de vida dos dependentes na perspectiva de tratar, recuperar e reinserir o dependente químico nas diversas atividades desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, através de modalidades diferenciadas de tratamento voltadas para atender o indivíduo em sua integralidade, colaborando para

a melhoria da qualidade de vida e o exercício pleno de cidadania, com o objetivo de torná-lo um sujeito autêntico e capaz de fazer escolhas longe das drogas.

Tem-se como objetivo geral desta pesquisa descrever o percurso histórico-cultural sobre as drogas, apresentando suas rupturas e respectivas descontinuidades discursivas relativas à predominância médica, psiquiátrica e farmacêutica nesse processo, tendo a droga como objeto de estudo. Como objetivos específicos, buscou-se: discorrer sobre os discursos médicos; descrever o percurso histórico das drogas; retratar a história, organização e estrutura da Comunidade Terapêutica Desafio Jovem do Ceará; apreender propostas e formas de práticas e saberes na educação não formal, bem como discursos multidisciplinares sobre as drogas, e assim, discutir sobre o uso de drogas a partir da concepção histórico-cultural do seu uso e do entrelaçamento acerca dos aspectos socioculturais de discursos médicos e aspectos históricos e culturais no Brasil implica apreender a complexidade de fatores e significados que nos leva a questionar e entender as situações a que estão expostos os usuários de drogas na atualidade, vivenciando situações de maior sofrimento, abandono e exclusão social.

Através de estudos anteriores sobre o uso de drogas, pode-se perceber que existe no Brasil um movimento discursivo sobre as formas de tratamento da drogadição a partir da Reforma Psiquiátrica do século XX. Na realidade brasileira, em 1920 a legislação penal previa internação compulsória por tempo indeterminado aos nomeados de toxicômanos. Em 1930, editou-se a Lei de Fiscalização de Entorpecente, com posicionamento proibicionista e criminalização do porte de droga independentemente da quantidade portada. No ano de 1970, houve um alinhamento da legislação brasileira às convenções da ONU realizadas em 1961 e 1971. Nesse âmbito, buscou-se a formulação da Política Nacional de Entorpecente pelo Confen, ainda focada na repressão ao tráfico e ao consumo de drogas. Tal política apontava um apoio às comunidades terapêuticas, aos programas de redução de danos voltados para a prevenção do HIV/Aids e à formação de Centros de Referência. Em 1988, instituíram-se os Centros Regionais de Referência em Prevenção e Tratamento ao uso Abusivo de Drogas. Em 1990, com a Declaração de Caracas, vinculou-se a atenção psiquiátrica à atenção primária à saúde e, com a Reforma Psiquiátrica, foram estabelecidas normas para implantação dos Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial. (FERREIRA; LUIS, 2004).

Minhas leituras na área da drogadição evidenciaram que o uso abusivo de drogas, atravessado por diversas formações discursivas, passou a ser tomado não somente no campo moral, mas também e principalmente no discurso médico, em que há a ideia individualista de que o sujeito é moralmente degenerado, doente e louco, além da concepção de que o envolvimento com drogas e álcool se dá por um caráter deformado de um sujeito incapaz do exercício de normas estabelecidas pela sociedade, uma vez que o envolvimento com essas substâncias é visto como um escape do instituído socialmente. Desse modo, o estatuto de doença crônica – logo, sem cura – faz com que haja a coexistência de várias práticas terapêuticas e a manutenção de uma leitura moralizante. Desse modo, discutir sobre drogas a partir da concepção histórico-cultural do uso de drogas e do entrelaçamento acerca dos aspectos socioculturais de discursos médicos e aspectos históricos e culturais no Brasil implica apreender a complexidade de fatores e significados que nos leva a questionar situações na atualidade.

O presente trabalho está estruturado inicialmente em quatro seções além desta Introdução, nas quais pretende-se fazer uma tessitura entre abordagens, conceitos e observações obtidos em campo pautados em discussões e categorias teóricas.

Na segunda seção, “A problemática da origem, sentidos e motivações do uso de drogas”, buscou-se descrever rastros da história sobre os sentidos, motivações, uso e abuso de drogas e sua correlação estabelecida pelo discurso médico, tendo em vista as práticas discursivas e o contexto histórico, identificando os principais atores envolvidos no debate das definições de toxomania, alcoolismo e drogadição a partir de seus significados e alguns conceitos constituídos pela medicina científica, os quais permitiram a consolidação hegemônica patologizante desses termos no campo médico e como fenômeno construído socialmente.

Na terceira seção, “Discursos médicos e drogadição”, apresentaram-se os vários significados da palavra “droga” e sua origem, bem como a constituição das discussões médicas historicamente e as problemáticas que envolvem a questão terapêutica médica nos campos do conhecimento científico das práticas profissionais médicas e farmacêuticas, mais especificamente nas práticas médicas. Abordou-se ainda o surgimento do Narcóticos Anônimos (NA) e o início das Comunidades Terapêuticas (CT).

Na quarta seção, “Comunidade Terapêutica Desafio Jovem do Ceará: modelo institucional, experiências e narrativas biográficas”, buscou-se descrever a organização e a forma de atendimento da primeira instituição de atendimento à dependência química do Nordeste – Comunidade Terapêutica Desafio Jovem do Ceará –, fazendo um recorte da história de vida do médico Silas Aguiar Munguba, mais conhecido como doutor Silas Munguba, como idealizador e fundador da referida instituição, utilizando-nos de relatos documentais e narrativas biográficas, repletas de sentimentos e emoções, com entrelaçamentos de exemplos, testemunhos e memórias vivenciadas no passado por funcionários e gestores da instituição.

Na quinta seção, “Saberes, práticas e discursos sobre drogas na educação não formal”, formularam-se críticas a algumas definições clássicas e significados aplicados ao termo “educação”, abordando as modalidades de educação informal, não formal e formal como procedimentos fundamentais da própria condição humana, fundamentando-nos em um conceito ampliado de educação em que as práticas educativas deslocam-se dos limites estabelecidos apenas à escola ou à família nos processos de aquisição de saberes, nos modos de ação intencional caracterizando-se como educação não formal, tendo em vista explicitar finalidades, objetivos sociopolíticos e formas de intervenção pedagógica usadas nos contextos de grupos de ajuda mútua e comunidades terapêuticas que tratam de dependentes de drogas, buscando apresentar a intencionalidade e o direcionamento dessa ação educativa, considerando ideias e significados da educação, como educação não formal práticas nesses contextos.

## 2 PERCURSOS METODOLÓGICOS

O presente trabalho é resultado da minha pesquisa de doutorado desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Ceará. Delineado por minhas experiências pessoal e profissional somadas e adquiridas durante o mestrado sobre dependência de *crack*, com a pesquisa intitulada *Crack – Práticas educativas e culturais na trajetória de um dependente* em que inicialmente, na condição de pesquisadora, percebi a importância de discutir aspectos que possam nos ajudar a entender o porquê de as pessoas continuarem usando drogas a despeito de toda sua negatividade e dos esforços empenhados em combater esse uso. (FERREIRA, 2014). Meu interesse pela temática surgiu, ou melhor, foi constituído a partir da minha inquietude no tocante aos aspectos históricos e culturais das drogas, somada ao que vivencio em uma relação muito próxima com um dependente de drogas na família durante muitos anos da minha vida, também participando em grupos de ajuda mútua e inclusive tratamentos terapêuticos para lidar com familiares com dependência de drogas. Essa questão, a meu ver, é pouco problematizada, questionada e trabalhada pelo poder público.

A dependência de drogas despertou em mim uma necessidade de confronto diário com uma problemática que se coloca constantemente no meu discurso pessoal e profissional sob os mais diversos aspectos. Profissionalmente lido com essa questão desde o início de minha formação como pedagoga, trabalhando em creches comunitárias e em projetos sociais da Associação Comunidade Solidária com jovens em risco social no antigo e temido bairro Pantanal, área conhecida por seu alto índice de violência, uso e tráfico de drogas, hoje denominado Comunidade Airton Sena. Minha proximidade com o tema ocorre desde 1997, lidando de forma empírica com usuários de drogas, alcoolistas e familiares durante vários anos da minha experiência pessoal e profissional como pedagoga de uma creche no suscitado bairro.

Dessa forma, fui impulsionada a buscar respostas para questões vinculadas às drogas atinentes às esferas social e cultural, bem como à esfera educativa, em suas implicações institucionais quanto ao fenômeno das drogas. Além disso, intentei saber em que medida se poderia pensar ações ou mesmo

intervenções educativas no sentido de transformações de vidas que ultrapassassem os limites existentes entre os usuários e as drogas. Esse interesse pôde ser acrescentado ainda ao campo inesgotável de questionamentos e discussões na história contemporânea no que diz respeito às várias formas de educação na história da educação.

Em minha pesquisa de mestrado, investiguei, por meio da trajetória de vida de Bim Guerra (nome fictício), práticas educativas e culturais de usuários de *crack* por entre discussões e reflexões referentes aos aspectos sociais e culturais concernentes ao uso, abuso e dependência de drogas, usando como principal foco a droga *crack*, buscando uma melhor compreensão acerca de objetos pertinentes às discussões que envolvem a educação informal e não formal na atualidade sobre essa temática, destacando elementos deveras relevantes no pensar sobre drogas, como: família, ciclo de amizades, contexto social e cultural de usuários de drogas e presença destes nesse ciclo. O estudo discutiu a problemática do uso de drogas, buscando construir conceitos teóricos e empíricos atinentes à linguagem do senso comum usada pelo sujeito biografado, seu contexto e alguns discursos sobre o que seja drogas e a problemática que cerca seu uso, abuso e dependência, dando-me a oportunidade de ressignificar também conceitos sobre a temática.

Em processo de conclusão do meu mestrado, uma experiência me foi fundamental na decisão do tema de minha tese, quando, no processo de conclusão de entrevistas do sujeito que biografuei, ele tomou a decisão de ser internado para tratamento da dependência química em uma Comunidade Terapêutica. Assim, percebi que, para um entendimento mais pleno da questão das drogas, deve-se levar em consideração a subjetividade que envolve sujeitos quando fazem uso de substâncias psicoativas, como também a importância dos diversos contextos sociais e culturais nos quais esses indivíduos estão envolvidos.

Com um enorme sentido de inquietude, agora no doutorado, minha grande curiosidade está em trilhar uma incursão no universo histórico e cultural das drogas, provocando discursos socioculturais em contextos específicos como produtores de uma cultura estigmatizante, criminalizadora e excludente. Tidos no decorrer da história, inicialmente como doença mental e depois como práticas e saberes que envolvem propostas técnicas disciplinares e de controle, possibilitando,

assim, uma análise desses discursos nos campos de Medicina, Antropologia e Educação.

Ao iniciar a pesquisa, procurei me distanciar de posições ideológicas ou de algum comportamento pessoal, mas sem deixar de lado a paixão que a temática me suscita. É inegável que a minha proximidade com o objeto estudado e minha ida a campo têm despertado em mim emoções que requerem um processo de reflexão constante na minha trajetória como pesquisadora, em que se misturam estranhamento e identificação, norteando-me no percurso de organizar as experiências observadas e de buscar cunho científico que me permita exercer um papel na condição de pesquisadora.

O trabalho de campo foi iniciado por meio de visitas informais ao Desafio Jovem, quando realizei anotações no diário de campo, conversas informais com o atual diretor da instituição e entrevistas com a presidente Cristina Munguba e a coordenadora Verbena Sandy. Na ocasião, solicitei-lhes autorização de entrada em campo, ambos se dispuseram de imediato a colaborar com tudo o que fosse necessário à pesquisa; eles assinaram o parecer favorável à entrada e acesso aos documentos institucionais para a pesquisa, bem como à realização de gravações das entrevistas.

Após essa primeira etapa, conversei com a assistente social que exercia no período o cargo de coordenação e com a orientadora cristã, sendo liberadas como dados iniciais as informações contidas nos relatórios fornecidos pela instituição relativos à sua estrutura de funcionamento. Ressalto a disponibilidade e compromisso assumidos junto à direção do Desafio Jovem em fornecer os dados necessários ao estudo.

Diante de uma temática tão polêmica e do desafio de sua abordagem no campo educativo, há reflexões pautadas inicialmente em *Pesquisa em educação - métodos e epistemologia*, de Sánchez Gamboa, que fala sobre a importância de aprofundamentos a respeito das questões de métodos e epistemologias que envolvem as pesquisas em educação, priorizando referenciais empíricos, metodológicos e filosóficos como investigação epistemológica. Penso na necessidade de inicialmente se fazer a avaliação de tendências, métodos, teorias e paradigmas predominantes que sejam capazes de identificar correntes filosóficas e epistemológicas que estruturam a atividade de cada investigação científica.

Sánchez Gamboa (2012) tem como posicionamento filosófico apresentado em sua tese que todo método implica uma teoria da ciência que se desenvolve numa teoria do conhecimento, envolvendo necessariamente uma concepção do real. Ele descreve claramente a importância da lógica nas pesquisas em educação, apontando que a recuperação dessa lógica pauta-se na construção das partes entre os diversos fatores que interagem com os processos da produção do conhecimento, supondo, inclusive, que todo processo de produção de conhecimento deve manifestar-se em uma estrutura de pensamento que contemple “[...] conteúdos filosóficos, conteúdos lógicos, conteúdos epistemológicos, conteúdos teóricos, conteúdos metodológicos e conteúdos técnicos”. Segundo o autor, buscase promover, assim, a existência de um ponto de partida e outro de chegada no ato da produção do conhecimento, de forma que o fenômeno educativo acabe por ser objeto de estudo de ciências diversas, como da filosofia, da sociologia e das várias áreas do conhecimento que possam oferecer recursos para a elucidação do fenômeno das drogas no campo de saberes, como é o caso deste trabalho. (SÁNCHEZ GAMBOA, 2012).

Na prática, busco refletir sobre a realidade histórica dos contextos social e cultural das drogas, capaz de integrar ações e processos culturais, aliados a uma experiência empírica de educação, refletida em diferentes visões de mundo e de sociedade. Especificamente na atualidade, levantam-se vários questionamentos sobre as formas de abordar os diversos problemas e os tipos de métodos utilizados nas investigações educativas, nesse contexto, as pesquisas de cunho qualitativo e seus pressupostos epistemológicos ganham significativa importância. Assim, Sánchez Gamboa (2012, p. 26) afirma que “A epistemologia aplicada à investigação científica em educação tem como papel fundamental questionar constantemente esta atividade”, em que um estudo epistemológico significa:

[...] um estudo crítico dos princípios, da hipótese e dos resultados das diversas ciências, destinadas a determinar sua origem lógica, seu valor e seus objetivos. (Lalande, 1967, p. 293). Um estudo epistemológico dos métodos na investigação educativa, segundo Demo (1981, p. 55), estaria preocupado em a) questionar a ‘cientificidade’ – desses métodos – tida como científica; b) questionar criticamente a construção do objeto científico – quais os temas preferidos, pressupostos ideológicos, carências teóricas, vazios analíticos etc.; c) estudar as abordagens clássicas e modernas das ciências sociais, modos diversos e divergentes de interpretar a realidade. [...] Foucault procura um lócus para as ciências humanas entre as quais há uma relação estranha e indefinida em um espaço comum; esta atitude de



busca parte da arqueologia do saber e ajuda a questionar o que está soterrado, o que está por trás do exercício da ciência [...]. (SANCHEZ GAMBOA, 2012, p. 30).

Acerca da temática, faz-se necessário suscitar definições e reflexões do que seja história, norteadas pelas vozes de alguns teóricos do assunto, centrando atenção sobre a história na temporalidade e na própria ciência histórica. A história encontra-se em todos os momentos no centro de controvérsias e reflexões acerca do assunto. Le Goff (2003) lança os seguintes questionamentos: quais assuntos devem ser discutidos dentro da história: os acontecimentos, os progressos da humanidade, os fenômenos? Dando-se ênfase ao indivíduo, ao Estado ou ao poder?

A origem da palavra “história” vem do grego “*historie*” que significa ver, testemunhar. Heródoto, considerado o pai da história, diz que história pode assumir conceitos distintos, como: as ações realizadas pelos homens; uma série de acontecimentos; ou a narração dos acontecimentos. Porém, a história pode ter ainda o sentido de “narração”, como verdadeira ou falsa, dependendo da realidade histórica, ou como puramente imaginária, enquanto histórica ou uma fábula; no período da Antiguidade, a história era repassada às gerações futuras através da oralidade, comemorações e celebrações de monumentos, essenciais à memória da coletividade. Foi na Grécia e Roma antigas que as civilizações começaram a desenvolver a epigrafia, inicialmente em pedras, depois em ossos, em folhas de palmeiras e finalmente no pergaminho e papel. (LE GOFF, 2008).

Cronologicamente no século XIX, privilegiaram-se por um tempo as doutrinas que priorizavam a história dentro do saber, como é o caso do “historicismo” ou “historicidade”, que têm como proposta uma forma de renovação epistemológica desvinculada das origens históricas, em que a história precisa estar para além da geopolítica, do comércio, das artes e da própria ciência, interligando a existência implícita que cada pessoa experimenta em si e em uma função comum a todos. A historicidade faz uma ligação da história na forma de uma prática interpretativa a uma práxis social. (CERTEAU, 1998).

Intercalando a história para o campo historiográfico, faz-se necessário um esclarecimento sobre as tendências dos saberes históricos e modernos produzidos pelos campos e modalidades segundo os quais se organiza o pensamento historiográfico na atualidade. Para Barros (2011), o conceito de história vem a partir da noção de teoria da história, constituída como expressão polissêmica –

acompanhada de uma mesma diversidade de sentidos –, e da importância da teoria para os estudos históricos, correspondendo a um instrumental reflexivo de que os historiadores podem lançar mão para se pensar a “história”. O referido autor apresenta explicações fundamentais para a compreensão da história como campo de conhecimento, com suas próprias peculiaridades teóricas e metodológicas, apresentando principalmente alguns conceitos úteis e de base para se pensar a história, como o de paradigma historiográfico, escola histórica e campos da história, ressaltando a importância das correntes teóricas para a explicação da realidade. Barros (2011) orienta os historiadores a se libertarem da adesão burocrática à total coerência de um sistema preestabelecido; da fobia da incompatibilidade; do fetiche do autor; da demonização de autores; da fobia das consequências adversas; da estagnação discursiva; do anacronismo; das fronteiras interdisciplinares; do encastelamento teórico; e da fobia do erro. Afirma que o segredo para compreender os vários campos históricos que envolvem a historiografia está em saber distinguir divisões relativas às especificidades dos critérios referentes às “[...] *dimensões* (enfoques), as divisões que se referem a *abordagens* (ou modos de fazer a História), e as divisões intermináveis que se referem aos *domínios* (áreas de concentração em torno de certas temáticas e objetos possíveis)”. (BARROS, 2004, p. 18).

Do século XX em diante, a historiografia foi se tornando mais complexa, à proporção que o conhecimento científico foi produzindo “especialidades” nas várias áreas de conhecimento, fazendo com que os temas historiográficos e os modos de perceber e de tratar metodologicamente esses temas criavam para si interligações de “campos históricos”. A noção de campo contempla variadas possibilidades de reflexões sobre as modalidades internas da história, podendo principalmente dialogar com dois possíveis sentidos de discussão sobre um espaço físico e um campo de forças, contribuindo para favorecer a visibilidade ou mesmo a constituição de um determinado objeto historiográfico, como no caso deste trabalho, que abrange uma construção histórica das drogas e suas perspectivas, possibilitando-nos combinar temporalidades históricas, sociais e culturais nos rastros arqueológicos do uso de drogas.

Torna-se necessário lembrar que essa liberdade interna da historiografia fornece apenas recursos para a organização do trabalho historiográfico, mas não compartilhamentos, nem grilhões para aprisionar objetos históricos. Propicia a opção

de escolhas diante de um objeto de estudo, teoria ou método, tornando compatível uma certa conexão de autores, como é o caso de Foucault e o método arqueológico usado neste trabalho.

Historicamente, a questão do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas tem sido abordada por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica. [...] Cabe ainda destacar que o tema vem sendo associado à criminalidade e práticas antissociais e à oferta de 'tratamentos' inspirados em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio social. (BRASIL, 2003, p. 7).

Motivada pelas questões apresentadas, há no método arqueológico de Foucault (2002) a discussão necessária a respeito da importância dos objetos em uma formação discursiva, no caso deste trabalho, sobre o uso de drogas, o que me mobiliza a entender que verdades foram construídas historicamente a respeito das drogas. Desse modo, busco ter como base algum atributo ou especificidade que mantenha uma imbricada relação no âmbito das formações discursivas produzidas culturalmente em decorrência da vivência desses sujeitos em sociedade.

Há um combate pela 'verdade' ou, ao menos, 'em torno da verdade' – entendendo-se, mais uma vez, que por verdade não quero dizer 'o conjunto das coisas verdadeiras a descobrir ou a fazer aceitar', mas o 'conjunto das regras segundo as quais se distingue o verdadeiro do falso e se atribui ao verdadeiro efeito específico de poder'; entendendo-se também que não se trata de um combate 'em favor' da verdade, mas em torno do estatuto da verdade e do papel econômico-político que ela desempenha. (FOUCAULT, 1979, p. 13).

Pensar uma arqueologia, conforme Foucault propõe, possibilita-me observar e definir os discursos como práticas que obedecem a regras e que viabilizam uma real possibilidade de escansão no processo de construção das formações discursivas na compreensão do fenômeno das drogas, o qual incidirá sobre as drogas, uma vez que evidencia as contradições socioculturais e faz com que surja em seu espaço uma descrição sistemática de seus objetos em um discurso. É um trabalho que busca romper com a linearidade histórica na construção de uma análise de discurso sobre as drogas.

O método da história arqueológica de Foucault diz que toda forma de saber possui uma discursividade, e esta não está condicionada à cientificidade, que também não pode ser julgada por uma referência que não seja a do próprio saber. Esse elemento será central n'*A arqueologia do saber*, tendo como objetivo

especificar um método de investigação que busca entender a ordem interna que constitui um determinado saber. Muitas vezes, para determinar um saber, a análise arqueológica tem de transitar por diferentes formulações conceituais, pertencentes a diferentes saberes.

Assim, nasce uma nova forma de fazer história, e o que foi dito impõe uma realidade discursiva, fazendo do ser humano um ser discursivo criado pela linguagem e contexto histórico, em que os sujeitos e objetos não existem inicialmente, ou seja, eles são construídos discursivamente sobre o que se fala a respeito deles. Nesse sentido, há significações teóricas de transgressão e desvios a partir de Howard Becker e Gilberto Velho, que serão estudados no trabalho.

Minhas leituras sobre drogas evidenciaram que esse sujeito do discurso está atravessado por diversas formações discursivas das mais variadas instâncias socioculturais, inscrevendo-se nos lugares nos quais se identifica ou é identificado como: o sujeito que é moralmente fraco, doente, desequilibrado, como também ligado ao seu estatuto de doença crônica, logo sem cura, ou senão uma cura sobrenatural por meio de um discurso religioso. Neste trabalho, pode-se compreender que a relação entre discurso e subjetividade afeta profundamente os sujeitos “em contexto de uso de drogas”, uma vez que esses se constituem na sociedade e por ela são constituídos. Ao se entrelaçarem em qualquer formação discursiva, seja ela escolar, ideológica, social ou cultural, esses sujeitos constroem seu modo de subjetivação, o qual constantemente é alimentado por novas formações discursivas, produzindo outras visões sobre si, uma vez que tal modo de subjetivação afeta e é afetado pelos discursos socialmente produzidos.

Na obra *A arqueologia do saber*, o interesse de Foucault centra-se no discurso real, pronunciado e existente como materialidade, ou seja, é a relação dos discursos com os níveis materiais de determinada sociedade, definindo como principais objetos de estudo: o discurso, o enunciado e o saber. Ele também inaugura, principalmente em termos de método, uma nova história.

No século XX, surge a História dos *Annales* (1929), na França, com Marc Bloch e Lucien Febvre, rompendo decididamente com a história tradicional metódica, como também com a noção de temporalidade que centrava os fatos em contextos puramente cronológicos. Desde então, a história amplia suas abordagens com novos problemas e novos objetos de estudo com o cotidiano, a arte, os afazeres

populares, as mentalidades, a psicologia social, a história das mulheres e dos escravos, enfim iniciando a micro-história. O movimento da Escola dos *Annales* amplia o campo de abordagem quanto aos objetos de pesquisa e impulsiona esse campo rumo à história crítica e à nova história. (BURKE, 1992, 1997).

Paralelamente a esse movimento, Foucault se insere na tradição crítica de Kant, criando uma *história crítica do pensamento*, a qual ele define como a busca por uma forma de desvendar quais são os processos de subjetivação e objetivação que, tanto constituem o sujeito, como também o transforma como objeto do conhecimento.

[...] paradoxal noção de descontinuidade: é, ao mesmo tempo, instrumento e objeto de pesquisa, delimita o tempo de que é o efeito, permite individualizar os domínios, mas só pode ser estabelecida através da comparação desses domínios. Enfim, não é simplesmente um conceito no discurso do historiador, mas este, secretamente, o supõe: de onde poderia ele falar, na verdade, senão a partir dessa ruptura que lhe oferece como objeto a história – e sua própria história? Um dos traços essenciais da história nova é sem dúvida, esse deslocamento do descontínuo: [...]. (FOUCAULT, 2009, p. 10).

Pensar uma arqueologia conforme Foucault propõe, nos dá a possibilidade de observar e definir os discursos como práticas que obedecem às regras. Ela viabiliza uma real possibilidade de expansão do processo de construção das formações discursivas, uma vez que evidencia as contradições para que surja em seu espaço uma descrição sistemática dos objetos em um discurso.

Proponho, a partir do próximo tópico, apresentar que, segundo regras, uma prática discursiva pode formar grupos de objetos, conjuntos de enunciados, jogos de conceitos e séries de escolhas teóricas. (FOUCAULT, 2002). Pretendo demonstrar mais especificamente quais os tipos de sujeitos são formados nessas instâncias, através do microdiscurso sociocultural sobre as drogas. Conforme Foucault (2002), entende-se que os saberes construídos nessas positivities são o espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso.

Conforme o aprofundamento no tema central, apresento as formas pelas quais os discursos contribuem historicamente para a formação de sujeitos e objetos do discurso – no caso, sujeitos em “contexto de uso de drogas” – e a partir de quais

regras operam para produzir essa construção que compõe os múltiplos discursos que circulam socialmente a respeito da drogadição.

Quanto à forma, será realizada uma pesquisa de cunho historiográfico sobre a drogadição, com abordagem qualitativa, por ser a mais adequada por sua capacidade de fazer emergir aspectos novos, de ir ao fundo do significado e de estar na perspectiva do sujeito. Por conseguinte, é um método que favorece a descoberta de novos nexos e explicação de significados, apreendendo os aspectos subjetivos, os quais não estão aparentes na realidade posta. Contudo, a abordagem qualitativa não reside na produção de opiniões representativas e objetivamente mensuráveis de um grupo, mas no aprofundamento da compreensão de um fenômeno social, como, no caso, a drogadição.

Meu campo empírico volta-se à instituição Desafio Jovem do Ceará, localizada no município de Fortaleza, capital do Ceará, considerada uma das instituições pioneiras na região Nordeste e a primeira no Ceará a oferecer tratamento àqueles comprometidos com o alcoolismo e a dependência química na perspectiva de cuidar do indivíduo em sua totalidade, na prevenção, no tratamento e na reinserção social. Essa instituição atua desde 1975 no município de Fortaleza, atendendo a pessoas de todo o Brasil, localizada na avenida doutor Silas Munguba (Dedé Brasil), nº 565, no bairro Parangaba. É uma instituição filantrópica sem fins lucrativos, sob proc. nº 28977.011868/94-34, de utilidade pública federal, atualmente denominada de Comunidade Terapêutica (CT), instituição que trata de pessoas com problemas relacionados ao álcool e a outras drogas.

Utilizo como metodologia a história oral temática, que compreende as fontes escritas documentais, selecionadas pela necessidade e possibilidade de uma escuta mais sensível e minuciosa dos sujeitos envolvidos no uso de drogas, tendo como subsídio fundamental a entrevista informal ou espontânea, com perguntas abertas, como na conversa entre o pesquisador e o sujeito entrevistado, permitindo que ele discorra acerca do assunto de forma detalhada. Tal metodologia possibilita definir os melhores registros direcionados aos objetivos da pesquisa, sempre captando experiências e percebendo os principais pontos pertinentes à problemática, tendo como base a análise documental.

Participaram da pesquisa, com informações institucionais, alguns profissionais que atuaram no Desafio Jovem do Ceará, fornecendo documentos

institucionais acerca do estudo, esclarecendo dúvidas sobre o serviço de apoio oferecido ou prestando outras informações pertinentes à pesquisa. A coleta de dados foi realizada por meio de análise documental, entrevistas abertas e diário de campo; a análise dos dados pautou-se nos conceitos apresentados e nas categorias teóricas e empíricas relacionadas aos documentos e discursos apresentados no relatório e nas entrevistas dos sujeitos selecionados. Procurei agendar as entrevistas em local apropriado ao entrevistado, assegurando sigilo das informações, como forma de garantir o registro das falas com maior fidedignidade. As entrevistas foram gravadas mediante autorização assinada do participante; cabe destacar que todos os registros gravados foram armazenados, assegurando o absoluto sigilo das informações por um período de cinco anos. Os temas percebidos e organizados sistematicamente na estrutura organizacional dos relatórios da CT Desafio Jovem do Ceará foram referentes a cada área de atuação da equipe multidisciplinar: área física, área mental, área espiritual e área social. Os temas foram subdivididos por assunto, conforme cada cargo, função, abordagens, métodos e atividades desenvolvidos pela equipe multidisciplinar.

Conseqüentemente, após o levantamento documental, relatos e estudos teóricos, realizei a constituição das categorias de análise, tecidas na relação entre os conteúdos lógicos (chamo prática) e o histórico do estudo (chamo teoria), buscando, assim, diferenças e complementos explicitados nos mesmos, conforme o contexto sociocultural analisado, segundo apresenta Sánchez Gamboa (2012, p. 56-57) adiante:

A unidade entre o lógico e o histórico é um importante princípio metodológico da construção do sistema de categorias, as quais devem refletir de forma específica toda a história de sua formação e evolução. No caso concreto da análise epistemológica da produção científica em educação, a inter-relação entre o lógico e o histórico se refere a dois momentos específicos. No primeiro, procura-se a estrutura interna implícita em toda pesquisa, a forma como define e articula seus elementos constitutivos; no segundo, recuperam-se as condições históricas que determinam essa produção. A integração desses dois momentos que se explicitam mutuamente nos oferece um conhecimento sobre as características não apenas de cada pesquisa em particular, mas do movimento do pensamento que a sustenta e da tendência científica na qual se situa. Por sua vez, o estudo das tendências da pesquisa ou das correntes de ideias que lhe dão suporte se faz possível à medida que identificamos as características específicas que as estruturam e que organizam as categorias especificamente.

Esse tipo de pesquisa busca aprofundar, na medida do possível, a experiência dos sujeitos com a cultura, com o modo de vida e com os significados atribuídos a valores, sentimentos e práticas sociais. Conforme já mencionado, as entrevistas foram gravadas mediante a autorização dos entrevistados, autorizadas pelo termo de consentimento livre e esclarecido e realizadas dentro de um tempo máximo de uma hora com cada participante num mesmo encontro. As entrevistas, depois de concluídas, foram transcritas, dando-se início posteriormente ao processo de análise dos dados coletados juntamente com a pesquisa feita previamente nos relatórios disponíveis na instituição e com as anotações contidas nos diários de campo possibilitadas pela observação.

Ademais, cabe informar que agendei previamente as entrevistas, as quais foram feitas no próprio ambiente de trabalho ou tratamento em local apropriado, assegurado o sigilo das informações. Para garantir o registro das falas com maior fidedignidade, as entrevistas foram gravadas mediante autorização do participante. Como elemento aglutinador e de grande valia à pesquisa qualitativa no trabalho em campo, fiz uso do diário de campo por meio da observação sistemática, a fim de anotar todas as informações e registros do lócus da pesquisa, examinando a relação do tratamento com o ambiente interno do tratamento.

Assumindo *A arqueologia do saber*, de Foucault, como marco teórico de análise dos discursos históricos e culturais coletados, estabeleci linhas que passam pela descontinuidade histórica do uso de drogas, discursos, práticas e saberes envolvidos sobre drogas, remetendo-me a uma análise de desconstrução a partir das rupturas históricas sobre as drogas. Não levei em conta o que é divulgado pela mídia ou pelos saberes instituídos, mas busquei entender como determinados conceitos impregnados e naturalizados podem ser reorientados a uma nova avaliação para análise de problemas já estabelecidos socialmente, na tentativa de visualizá-los com a óptica da descontinuidade histórica, que, no caso deste estudo, compreende o uso de drogas. Nesse sentido, cabe pontuar que é a própria sociedade quem cria espaços de confinamentos ao imprimir rótulos sobre usuários de drogas, traçando um percurso próprio de descontinuidade histórica. (FOUCAULT, 1979).



## 2.1 Análise e interpretação

O conteúdo organizado no diário de campo e a observação dos contextos institucionais e dos territórios por onde transitei, assim como o material produzido nas entrevistas realizadas, foram utilizados como a base empírica da quarta seção da presente tese. A sistematização e a interpretação dos dados empíricos, juntamente com os levantamentos bibliográficos realizados serviram no processo de refinamento de problemas e conceitos a serem discutidos com relação à literatura pertinente às categorias indicadas no trabalho.

Assim, a análise permitiu ultrapassar o nível do senso comum e de subjetividade na interpretação, proporcionando uma crítica dos diferentes tipos de documentos, entrevistas e observações articulados à descrição arqueológica de Foucault, a qual nos permite observar e definir discursos como práticas que obedecem a regras acompanhadas de análises e percepções entre sujeito e objeto, que constantemente se modificam e evoluem dentro dos discursos científicos e jogos de saber.

Para a arqueologia, descrever é um domínio bem diferente do *saber*, ela se ocupa do saber em sua relação com as figuras epistemológicas e as ciências, pretendendo interrogar o saber em uma direção diferente e descrevê-lo em outro feixe de reações. A palavra “arqueologia” apresenta somente uma das linhas de abordagem para a análise das *performances* verbais, a especificidade de um nível – o do enunciado e do arquivo – “[...] determinação e esclarecimento de um domínio: as regularidades enunciativas, as positivities; emprego de conceitos como os de regra de formação, derivação arqueológica, *a priori* histórico”. (FOUCAULT, 2008, p. 231):

Eis o campo que agora é preciso percorrer; eis as noções que é preciso testar e as análises que é preciso empreender. Sei que os riscos não são pequenos. Eu havia usado, para uma primeira marcação, certos agrupamentos bastante soltos, mas bastante familiares: nada me garante que os reencontre no fim da análise, nem que descubra o princípio de sua delimitação e de sua individualização; não estou certo de que as formações discursivas que isolarei definam a medicina em sua unidade global, a economia e a gramática na curva de conjunto de sua destinação histórica; não estou certo de que elas não introduzam recortes imprevistos. Da mesma forma, nada me garante que semelhante discussão poderá dar conta da cientificidade (ou da não cientificidade) desses conjuntos discursivos que tomei como ponto de partida e que se apresentam, de início, com uma certa presunção de racionalidade científica; nada me

garante que minha análise não se situe em um nível inteiramente diferente, constituindo uma descrição irreduzível à epistemologia ou à história das ciências [...]. O perigo, em suma, é que em lugar de dar fundamento ao que já existe, em lugar de reforçar com traços cheios linhas esboçadas, em lugar de nos tranquilizarmos com esse retorno e essa confirmação final, em lugar de completar esse círculo feliz que anuncia, finalmente, após mil ardis e igual número de incertezas, que tudo se salvou, sejamos obrigados a continuar fora das paisagens familiares, longe das garantias a que estamos habituados, em um terreno ainda não esquadrihado e na direção de um final que não é fácil prever. O que, até então, velava pela segurança do historiador e o acompanhava até o crepúsculo (o destino da racionalidade e da teleologia das ciências, o longo trabalho contínuo do pensamento através do tempo, o despertar e o progresso da consciência, sua perpétua retomada por si mesma, o movimento inacabado, mas ininterrupto das totalizações, o retorno a uma origem sempre aberta e, finalmente, a temática histórico-transcendental), tudo isso não corre o risco de desaparecer, liberando à análise um espaço branco, indiferente, sem interioridade nem promessa?

Conforme já explicitado, no momento da análise, tanto as entrevistas como as observações realizadas no estudo foram transcritas. Organizei os relatos, registros de observações e relatórios liberados pela instituição e os separei em determinada sequência de acordo com a organização estrutural e administrativa da instituição-modelo – Desafio Jovem e seus grupos pesquisados. Realizei várias leituras de cada entrevista e dos registros das observações. Nesse momento, tentei não formular nenhuma análise contextual, apenas me entreguei a uma leitura flutuante. A partir daí, fui anotando minhas primeiras impressões e busquei uma coerência interna das informações, apreendendo as estruturas relevantes e as ideias centrais, as quais me ajudaram a formar posteriormente as categorias empíricas.

Fiz um recorte de cada entrevista, considerando as unidades de sentido ou temas. Para tal, utilizei como critério de classificação os objetivos do estudo e a recorrência do tema durante a coleta, ou seja, adotei variáveis empíricas e teóricas para a classificação. Assim, alcancei um olhar introdutório e horizontal do que já havia descoberto no campo e nas experiências vivenciadas inclusive na dissertação, criando oportunidades de perceber as homogeneidades e diferenciações nos discursos médicos e comparações das discussões antropológicas que envolviam todo o trabalho apresentado, extraindo, assim, práticas culturais e saberes relativos à história da educação brasileira. (FERREIRA, 2014).

Ao separar os temas, organizei as partes relacionadas ao objeto de estudo de modo a evidenciar as conexões entre elas e a compreender seu percurso histórico e sociocultural, destacando o que havia de mais relevante e representativo

para o estudo do fenômeno das drogas. Examinei os vínculos estabelecidos pela medicina da época entre o alcoolismo e as mazelas da sociedade industrial que se constituía, em que a construção do alcoolismo esteve voltada para a disciplinarização de tradições e hábitos das classes populares. Busquei explicar também como a medicalização dos costumes atendeu aos interesses da classe dominante, no sentido de preparar os indivíduos para os novos processos de trabalho da ordem capitalista que se construía.

Estabeleci diálogo com a história do alcoolismo, a qual serviu de contraponto para minha análise da questão das drogas, na medida em que a questão da embriaguez alcoólica e a questão da toxicomania estão claramente articuladas no discurso médico. A proposta foi traçar a história da constituição do modelo disciplinar brasileiro, mais especificamente, constituindo uma história arqueológica dos saberes médicos e das práticas culturais produzidas sobre a problematização do consumo de substâncias psicoativas.

A abordagem assume claramente sua inspiração foucaultiana de análise de discursos, buscando identificar as descontinuidades históricas e suas respectivas rupturas acontecidas dentro do universo discursivo como produção de verdades no percurso histórico apresentado. Consoante essa perspectiva, o contexto e o percurso histórico sociocultural tornam-se a materialidade do discurso, e os relatórios, entrevistas e categorias teóricas possibilitam o surgimento de campos disciplinares específicos entrelaçados a um conjunto de dispositivos e micropoderes históricos que perpassam toda a sociedade. São esses dispositivos que conferem ao Estado e às elites de uma determinada sociedade a possibilidade de estender seu controle em campos cada vez mais vastos.

Com base nas categorias empíricas e teóricas, implementei um confronto dos discursos, buscando rupturas e complementaridades no percurso histórico e cultural mediante o cruzamento dos dados levantados, do contexto sócio-histórico e de meu olhar como pesquisadora. A linguagem aqui considerada não se restringe à fala dos atores, mas a todas as formas de expressão e manifestação desejantes presentes nas relações da micropolítica em que se insere o fenômeno das drogas, procurando integrar texto e contexto revelados na realidade descrita.

## 2.2 Visão panorâmica de estudos sobre as drogas

Torna-se essencial, nesse momento, abordar a trajetória de construção do conhecimento relativo à produção científica no decorrer do século XX, embora tenha sido a partir do ano de 1961 que a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro iniciou os primeiros estudos sobre drogas no Brasil, usando como temática o estado mental dos usuários de álcool e de ópio. Faz-se necessário destacar abordagens usadas pelos autores brasileiros e assim percebermos a importância da história e da antropologia na produção cultural desse conhecimento, privilegiando a produção empírica e o contexto nacional.

Tem-se como ponto de partida os dados que apresentam a produção acadêmica em termos de teses de doutorado e dissertações de mestrado extraídos do Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), onde constatei um reduzido volume de estudos sobre o tema na área das ciências sociais, além de perceber a tendência dominante de pesquisas relacionadas ao tema vinculadas à área das ciências humanas em saúde, tendo por base estudos epidemiológicos direcionados às modalidades de drogas consumidas; prevalência de uso; perfil do consumidor; fatores de risco; proteção e efeitos das substâncias psicoativas no organismo ou comportamento dos usuários, tendo sempre o contexto escolar como alvo privilegiado dessas pesquisas.

Os estudos e levantamentos de Carlini-Contrim e Rosemberg (1991) sempre mantêm interesse no contexto escolar, inclusive participando na condução de uma investigação com o objetivo de avaliar o tratamento dado ao tema sobre o consumo de drogas psicotrópicas em livros didáticos, porém com extrema preocupação atinente à discussão dos efeitos nocivos em detrimento de outros pontos como fenômeno, com linguagem pouco científica, forte apelo emocional e estilo excessivamente dramático. O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID, 1987, 1989, 1993) também buscou o contexto escolar como locus privilegiado nas pesquisas de âmbito nacional sobre o consumo de drogas.

Quanto aos programas de prevenção ao uso de drogas, tive como referência a pesquisa “Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001”, realizada por Canoletti e Soares (2005). Segundo as autoras, no Brasil, até a década de 1990, havia poucas

pesquisas e investigações de cunho científico sobre o assunto, ocasionando descuidos e erros à importação de modelos em outras realidades dos programas de prevenção ao consumo de drogas. O que havia era a importação do modelo estadunidense, o qual usava duas formas de prevenção: a *persuasão moral*, ao planejar que as pessoas não “queiram” usar drogas, e a *repressão*, tendo como objetivo que elas tenham medo das consequências, principalmente legais, desse consumo.

Do material pesquisado, grande parte mostrava críticas ao modelo estadunidense de guerra às drogas, intitulado “pedagogia do terror”, o qual indicava que a informação era imposta de forma repressiva e alarmista, a qual, na verdade, só levaria à desinformação e à curiosidade, estimulando nos jovens o desejo pelo uso das drogas. Nesse mesmo período (década de 1990), a preocupação com políticas sociais de combate à epidemia da Aids significava referência também às políticas de prevenção ao consumo de drogas. Dessa forma, o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, deu início à elaboração de projetos preventivos ao consumo drogas. Os referidos ministérios, embora não exigissem a abstinência do uso, trabalhavam com a ideia da redução dos danos em consequência do consumo. (CANOLETTI; SOARES, 2005).

Segundo as autoras, de 1994 a 1998 houve a segunda fase de implantação dos projetos preventivos no Brasil, período em que as preocupações com a disseminação da Aids cresceram. Então, procurou-se incluir nos programas de prevenção à Aids a atenção também aos usuários de drogas injetáveis. Assim, ficou como responsável pelos projetos a Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde, focando em ações que visavam conter a crescente epidemia de transmissão do HIV por meio basicamente de ações educativas, compostas por três linhas de atividades: “formação de professores a distância (Projeto ‘Prevenir é Sempre Melhor’); formação de adolescentes multiplicadores e formação presencial de professores e alunos em dez capitais brasileiras com o ‘Projeto Escolas’” (CANOLETTI; SOARES, 2005, p. 116); embora, na segunda fase, também tenha havido influência da Europa, que desde 1972 já repensava os objetivos da prevenção ao consumo de drogas, enfatizando o papel da educação.

As autoras, avaliando as publicações coletadas, mencionam a existência de poucos materiais referentes à prevenção ao uso de drogas e de ações realizadas

(28 ao todo) contidos em textos oficiais. Expressam que há um descompasso dos programas e orientações propostas por núcleos acadêmicos especializados e por textos oficiais e a forma como o assunto é abordado pela mídia por meio de propagandas dirigidas às famílias e aos adolescentes.

O uso de drogas é em geral tomado como disfuncional, multifatorial e identificado com os pressupostos da prevenção primária; há superposição de perspectivas teórico-metodológicas; objetiva-se prevenir ao mesmo tempo o uso, o uso indevido ou o abuso; apresenta comunidades com a abordagem da redução de risco/danos, principalmente no que se refere à: aceitação de que o consumo de drogas é histórico e processual; utilização de informação científica e ênfase na formação educacional e na utilização de métodos participativos. [...] buscam problematizar o consumo de drogas e levar a uma reflexão crítica, desmistificando o mal da droga em si e auxiliando na tomada de decisão segura, sadia e informada, de acordo com o contexto específico de cada sujeito [...]. (CANOLETTI; SOARES, 2005, p. 120-127).

Juntamente com as publicações sobre os tipos de experiências em prevenção ao uso de drogas usados no Brasil, foi acrescentado um importante material para o contexto educacional da época, um Censo que fazia parte do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (BRASIL, 2007), trabalhado conjuntamente entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, tendo como proposta principal de governo a tão sonhada articulação entre as áreas da saúde e educação. O Censo havia como objetivo delinear um panorama nacional das atividades em prevenção realizadas nas escolas brasileiras que apresentassem alguma articulação com a temática das drogas. Dentre os pontos expressos no Censo, havia: atividades realizadas, grupo de envolvidos em âmbito das atividades, profissionais responsáveis, periodicidade das atividades, número de profissionais e alunos envolvidos nas atividades, o qual apresentou os seguintes dados:

Cerca de 73% das escolas brasileiras trabalham o tema drogas nas escolas. Dentre ações desenvolvidas onde o tema é abordado estão a inserção do tema em disciplinas (48,3%), a palestras (40,7%) como estratégias mais utilizadas. Na ordem decrescente, têm a distribuição de material educativo (17,5%), outras atividades (14,9%), feira de ciências (10,6%), oficinas (8,2%), distribuição de preservativos (0,9%). Alunos estudando nos anos iniciais do ensino fundamental (cerca de 43%), seguido dos professores (39,3%) como seguinte coletivo mais envolvido nessas atividades [...]; alunos dos anos finais do ensino fundamental (28,6%), funcionários das escolas (20,2%), pais e comunidade (17,9%), jovens e adultos (13,6%), ensino médio (10,8), nível infantil e pré-escolar (5,7%) e organizações de jovens (2,7%). Poucas escolas (menos de 2%) relataram a inclusão do tema drogas em comunidades indígenas e de quilombolas e na educação especial. (BRASIL, 2007, p. 40).

Em relação aos profissionais da educação responsáveis pelas atividades propostas no Censo, registraram-se profissionais da área capacitados (28%) e profissionais da área não capacitados (25,4%).

Nessa perspectiva, cabe destacar que muito se tem feito para combatê-las, principalmente quando se fala no uso dessas substâncias por jovens, como a implantação de programas, projetos e coordenadorias que têm o apoio tanto da esfera federal, como da estadual e da municipal, dentre os quais estão: “Coordenação de Políticas de Prevenção, Atenção e Reinserção Social de Usuários de *Crack*, Álcool e outras Drogas”; “*Crack*, é possível vencer”; “Cartão recomeço”; “Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas”; “Política Pública sobre Drogas”; “Prevenção de Uso e/ou Abuso de Drogas”; “Prevenção é Ação”; além de diversas outras políticas públicas e coordenadorias criadas para esse fim.

Dentre as conclusões, este estudo mostrou que boa parte das publicações tem como objetivo orientar para a prevenção, apresentando componentes importantes nesse processo, dentre eles o respeito à realização de estudos epidemiológicos, essenciais a qualquer planejamento e tidos principalmente como paralelo para uma avaliação inicial na elaboração de programas. A produção científica acerca do tema drogas é abundante no que diz respeito aos aspectos farmacológicos da droga em si e ao tratamento da dependência, sendo, por sinal, bem amplos na área da saúde, porém bastante escassos na área da educação.

### 3 SENTIDOS, MOTIVAÇÕES E DISCURSOS MÉDICOS SOBRE O USO DE DROGAS

Nesta seção, busco descrever rastros da história sobre os sentidos, motivações, uso e abuso de drogas e sua correlação estabelecida pelo discurso médico, tendo em vista práticas discursivas e contextos históricos, identificando os principais atores envolvidos no debate das definições de toxomania, alcoolismo e drogadição a partir de seus significados e alguns conceitos constituídos pela medicina científica, o que permitiu a consolidação hegemônica patologizante desses termos no campo médico, bem como sua condição de fenômeno construído socialmente.

O consumo de substâncias psicoativas ocorre desde os primórdios da civilização. Inicialmente, o homem recorria a produtos naturais, sendo poucas as variações dos tipos de drogas, o que se alterava, na verdade, era a maneira de usar e as motivações que levavam ao uso. Arqueólogos, antropólogos e vários outros estudiosos do assunto concordam com as sugestões feitas por pinturas em cavernas na Idade da Pedra que, ainda no Paleolítico Superior, entre 40 e 10 mil anos atrás, apontam que o homem fazia uso de plantas alucinógenas para embriagar-se, apesar de essas plantas, fungos e outras substâncias orgânicas não terem sobrevivido ao tempo. Já nos sítios arqueológicos de 800 antes de Cristo, há evidências mais fortes de que os homens faziam uso de substâncias psicoativas encontradas nas plantas estimulantes em rituais funerários e visionários e em cultos religiosos, por exemplo, nos quais consumiam bebidas como ópio, plantavam papoula para sua produção, desenhavam em vasos plantas alucinógenas, usavam as partes de *Cannabis sativa* de muitas maneiras, como alimento, remédio e psicoativo, fabricavam papel, faziam cordas e tecidos. (DUARTE; MORIHISA, 2008).

No período da Antiguidade, especialistas no assunto afirmavam que o uso de plantas ou fungos como substâncias psicoativas proporcionava experiências místicas no que diz respeito ao desenvolvimento da espiritualidade e que esse uso correspondia aos primeiros rituais religiosos. Esses fenômenos ligados à espiritualidade do sujeito só puderam ser mudados no instante em que os especialistas deixaram de se preocupar com o início de uso das drogas e passaram a investigar o porquê de seus efeitos. Dessa forma, a força medicinal, a ação



visionária e as sensações de prazer que elas provocavam foram fatos suficientes para esses povos as considerarem como plantas sagradas.

Não por acaso, muitas dessas sociedades primitivas estavam organizadas em torno da figura dos xamãs. Esses curandeiros eram pessoas que dominavam o conhecimento sobre a droga e os rituais necessários para prepará-las para consumo, fosse para curar doentes, para falar com deus ou para prever o futuro. A maioria das religiões xamânicas, que predominavam antes da Era Cristã, tinha cultos que envolviam o uso de substâncias psicoativas. [...] com o tempo, porém, o êxtase causado pela droga perdeu importância no ritual, que passou a usar plantas sem efeito psicoativo. Algumas teorias especulam sobre qual seria a planta original e a mais aceita. Diz que se tratava do *Amanita Muscaria*. Entre os povos do norte asiático, temos como exemplo as tribos koryak, que ainda hoje usam o cogumelo *Amanita Muscaria* – com forte poder alucinógeno, chamada de ‘enteógeno’, usada em rituais religiosos. (ARAÚJO, 2012, p. 27).

Imagem 1 – *Amanita muscaria*



Fonte: Araújo (2012, p. 27).

Os efeitos causados por ele são tidos como uma forma de obter conhecimentos e de desligar a alma do corpo em busca de experiências espirituais. A ciência acentua que a migração dos povos da Sibéria e sua tradição xamânica são os responsáveis pelo uso de drogas entre os índios da América, sendo ainda hoje usadas em rituais religiosos em tribos isoladas da Amazônia. Somente com o surgimento das religiões monoteístas foi que o uso de substâncias psicoativas foi desaparecendo em algumas regiões, permanecendo com essa herança apenas o budismo e o hinduísmo, dentre as grandes religiões contemporâneas na atualidade. (FERREIRA, 2014, p. 47- 48).

Seja por razões culturais, religiosas, recreativas ou mesmo como forma de enfrentamento dos problemas, de transgressão ou de transcendência, o homem sempre teve algum tipo de relacionamento com as drogas, e essa relação pode

depender do contexto, ser inofensiva ou assumir padrões de uso extremamente disfuncionais com consequências biológicas, psicológicas e sociais, afetando diretamente a vida do indivíduo. Entretanto o conceito, a percepção humana e o julgamento moral sobre esse uso evoluíram bastante no decorrer do tempo.

O relativismo cultural quanto ao uso de drogas difere de uma sociedade para outra, mesmo pensando numa regulamentação desse uso, quando percebida de forma perniciosa dentro de uma determinada organização social, não muda em nada a relevância antropológica, cultural e social do uso de substâncias psicoativas. Dentro desse relativismo, tem-se a falsa ideia de achar que o álcool não é uma droga, que o uso de drogas só se refere aos jovens e adolescentes, que existe um tipo de explicação para compreender o problema das drogas, que uma solução apreciada no Ocidente tem efeitos no Oriente, que pode-se curar as sociedades dos males das drogas, que o uso de drogas significa inevitavelmente uma apavorante decadência, enfim, que o problema está nas drogas, no desequilíbrio da sociedade ou simplesmente no sujeito que as usa. Sendo assim, a necessidade de uma compreensão equilibrada e integrada dos problemas sobre as drogas é essencial na atualidade como fenômeno cada dia mais instigante e problemático em nossa sociedade.

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 como povos lhes concederam um lugar permanente na economia de sua libido. Devemos a tais veículos não só a produção imediata de prazer, mas também um grau altamente desejado de independência do mundo externo, pois se sabe que, com o auxílio deste 'amortecedor de preocupações', é possível, em qualquer ocasião, afastar-se da pressão da realidade e encontrar refúgio num mundo próprio, com melhores condições de sensibilidade. (FREUD, 1997, p. 26).

O considerado aumento e abrangência das abordagens sobre as drogas abrangem a Medicina, o Direito, a Psicologia, a Farmácia, a Espiritualidade, a Economia, a Política, a Antropologia e ainda a História. Griffith Edwards diz que um dos piores erros cometidos nesses últimos anos diz respeito às tendências de negligenciar as dimensões sociais e culturais de pessoas que fazem uso de drogas e seus respectivos contextos. Relativo aos sentidos do seu uso, ele distingue três condições gerais atribuídas, alternativa ou simultaneamente, à ingestão de drogas em contextos sociais que variam segundo a organização e as crenças de uma determinada sociedade dentro de um determinado período social e histórico.

A função tranquilizadora e ansiolítica da droga é muito antiga, nos tempos atuais está sob a forma de uma ampla gama de medicamentos psicotrópicos. Ela pode, portanto, ser usada como meio para “esquecer” a nossa transitoriedade e mortalidade, pelo menos temporariamente, como percebe-se nas três condições atribuídas a esse uso. (EDWARDS, 1982).

Primeiramente, parte-se do memorável sentimento dos filósofos existencialistas relativo às crises humanas, como a “angústia existencial”, em que a droga permite escapar à consciência de transitoriedade da existência e da angústia que isso provoca. Se hoje em dia esse uso se processa de maneira indiscriminada, não se pode afirmar que essa forma de uso seja uma invenção dos tempos modernos. Pode-se, inclusive, levantar a hipótese de os ansiolíticos modernos serem tão usados devido à perda do espírito comunitário, do aumento do anonimato e da solidão na sociedade tecnológica.

Uma segunda forma desse uso está explicitamente atrelada com a primeira, diz respeito a certas procuras de transcendência pertinentes à intenção de promover algum contato com forças sobrenaturais. Esse sentido está diretamente ligado ao religioso, vinculando-se à tentativa de se alargarem os limites existenciais à procura de elementos espirituais ou divinos capazes não somente de responder à angústia do homem, mas também de assegurar-lhe sobrevivência além da morte.

Portanto, o homem fazendo uso de substâncias entorpecentes, consegue preencher uma “falta” imanente das suas limitações e explorar seus limites através de experiências místicas, individuais ou coletivas que permeiam configurações religiosas e ideológicas diversas, estando nas raízes milenares do homem a importância de se transcender. Algumas drogas facilitam essas experiências de transcendência, aliviam as angústias terrestres e até transformam os demônios imaginários em divindades benevolentes, cujo amparo vem suprir o desamparo humano.

E finalmente, como terceira função das drogas, sendo a mais conhecida, diz respeito à busca de prazer. Essa função no momento é a que está dominando a toxicomania moderna, a qual acontece desvinculada das duas anteriores, mas é tão antiga quanto as outras e se vincula com elas em muitas práticas antigas. Tem-se como um claro exemplo desse limiar temporal os cultos dionisíacos. De fato, a segregação entre as esferas sagradas e prazerosas não é relativamente recente, havendo até hoje associações entre o prazeroso e certas dimensões sagradas, em

particular quando a própria transgressão de certos tabus se torna um ritual socialmente admitido. (EDWARDS, 1982).

De modo paralelo aos sentidos do uso de drogas, existe a combinação dessas substâncias no cérebro para alcançar as alterações do estado de consciência quanto às sensações de prazer, felicidade e beleza por elas ocasionadas no Sistema Nervoso Central (SNC). Já no que tange aos efeitos, as drogas podem ser classificadas em relação à sua facilidade na modificação das sensações do humor, da percepção e do comportamento, ocasionada sobre o SNC por meio de drogas estimulantes<sup>1</sup>, depressoras<sup>2</sup> e perturbadoras<sup>3</sup>. (ARAÚJO, 2012).

Sabe-se que o homem sempre procurou transformar as suas percepções sobre as pessoas e o mundo, assim também como a orientação com relação a si mesmo e com relação ao meio que vive. O uso de substâncias psicotrópicas é apenas uma das inúmeras maneiras de atingir esse objetivo. As sensações do humor e da percepção se vinculam com dimensões essenciais de existência, dimensões estas que nenhum ser humano está disposto a menosprezar, como no caso do prazer, da felicidade e da beleza. Para o homem, as sensações de felicidade e prazer com coisas bonitas não é somente essencial e indispensável à existência, mas a procura constante de um bem-estar deve se considerar como um direito humano.

Nowlis H. (1982) cita cinco principais efeitos das substâncias provocados pelas drogas no organismo e no comportamento almejado desde o início da humanidade por uma séria de razões:

- a) aliviar a dor: nesse caso, os opiáceos continuam a ser as substâncias preferidas;

---

<sup>1</sup> Desde minha dissertação de mestrado e agora na tese, uso o termo “drogas” no lugar de “substâncias psicoativas”, entendendo que essa denominação se torna mais representativa da forma como o fenômeno é evocado na sociedade.

<sup>2</sup> As estimulantes são as que aceleram o seu funcionamento. Os efeitos mais comuns são a diminuição do sono e do apetite e o aumento do estado de alerta, da pressão sanguínea e da ansiedade. Algumas chegam a aumentar a temperatura corporal ou têm efeitos específicos, como deixar as pessoas mais falantes – caso da cocaína; anfetaminas, nicotina e cafeína são outros exemplos de drogas desse tipo.

<sup>3</sup> As depressoras, como o nome sugere, reduzem a atividade cerebral e deixam, em geral, as pessoas sonolentas. Algumas dessas substâncias também têm efeito analgésico, porque diminuem mais intensamente o trabalho de neurônios envolvidos com o processamento da dor. Álcool, benzodiazepínicos, barbitúricos, substâncias inalantes e todas as drogas opioides são depressoras. Um detalhe importante: depressor não é a mesma coisa que depressivo, isto é, aquilo que causa depressão.

- b) tentar reduzir uma atividade ou uma sensação que atinge um nível desagradável ou indesejável, como a ansiedade, o nervosismo, a insônia, a hiperestimulação. Qualquer depressor do SNC pode desempenhar esse papel;
- c) tentar aumentar o nível de atividade, sensação de energia e de potência, ou reduzir a sensação de cansaço, de depressão e de sonolência. Os estimulantes do SNC (cafeína, anfetaminas, cocaína etc.) são amplamente empregados para essa finalidade. É interessante observar que, na maioria dos casos, as receitas médicas visam a uma dessas três finalidades;
- d) tentar obter modificações no modo habitual de percepção do indivíduo frente ao seu próprio meio físico e social, isto é, explorar sair de si mesmo, obter novas intuições, aumentar sua criatividade, aumentar a intensidade das experiências sensoriais e estéticas e o prazer que delas tira o indivíduo;
- e) tentar atingir diversos graus de embriaguez, de atordoamento, de euforia, de sensações de estar flutuando ou de vertigem. O álcool, os barbitúricos, o haxixe, a maconha, os inalantes e os solventes são as substâncias mais utilizadas.

Sabe-se que os efeitos das drogas no SNC são variados, dependendo da substância química empregada, dos modos de uso, do contexto e das intenções do usuário. São duas as principais características que mudaram nos tempos modernos: a fabricação de substâncias sintéticas (em particular, medicamentos) e a introdução, através de certas convenções sociais e jurídicas, da distinção entre drogas legais e ilegais. O potencial de abuso no uso das drogas está intrinsecamente relacionado às condições de serem lícitas e ilícitas.

Os aspectos da existência de um indivíduo são determinantes para a relação que ele estabelece com uma substância psicoativa, a qual vem a ocupar um lugar e uma função na vida psíquica do usuário. A função psíquica no sujeito, a função subjetiva (que amortece, capacita, anestesia e suprime), entre outras:

*É antes do ópio que a minh'alma é doente. / Sentir a vida convalesce e estiola / E eu vou buscar ao ópio que consola / Um Oriente ao oriente do Oriente. [...] ao toque adormecido da morfina / Perco-me em transparências*

latejantes / E numa noite cheia de brilhantes / Ergue-se a lua como a minha Sina. [...]. (PESSOA, 2014, p. 161).

Tomou-se como premissa o fato de que as toxicomanias não se estruturam fundamentalmente a partir da experiência com uma substância psicoativa, mas a estruturação mental de cada sujeito empresta significações singulares às experiências vivenciadas com as mais diversas substâncias psicoativas, funcionando como um filtro que possibilita a produção de vários sentidos, a depender da função que estas assumem para cada um. Dessa forma, cabe salientar que, independentemente do efeito farmacológico de cada droga, existem funções que lhes são atribuídas e vinculadas por cada existência em particular, ou seja, a *singularidade do sujeito*. As angústias, dores e sofrimentos da condição humana e da própria vida são alojados na condição de um mal a ser expulso por uma lógica de vida sem dor, da busca do bem-estar das questões subjetivas e de uma liberdade enganosa.

### 3.1 Discursos médicos e drogadição

O significado e a origem da palavra “droga” são bastante polêmicos também na área da saúde; possivelmente significava toda substância orgânica ou inorgânica usada como ingrediente em farmácia, bem como as que eram manipuladas pela medicina, chamadas de drogas medicinais. Entretanto o termo “droga”<sup>4</sup>, só começou a ser usado na Idade Média, sendo sua origem controversa, admitindo várias possibilidades, como a do alemão “*droghe vate*” – recipiente em que se guardavam as ervas – e do neerlandês “*droog*” – seco. Do referido vocábulo criou-se o léxico “drogaria”, que significava inicialmente coleção de drogas. O significado de coleção passou para local onde se guardavam as drogas e finalmente ao que se chama hoje de drogaria – estabelecimento comercial que vende medicamentos. Já em nossa língua, para o senso comum, inicialmente “droga” significava coisa de pouco valor; posteriormente, no século XX, a palavra teve um novo significado, o de tóxico. Assim, o verbo “drogar” e o seu particípio passado, “drogado”, exprimem respectivamente o uso de tóxicos e o estado posterior da sua ação.

---

<sup>4</sup> As drogas perturbadoras são aquelas que, mais do que aumentar ou diminuir a atividade do sistema nervoso central, mudam a maneira de ele trabalhar. Ou seja, seu efeito é menos quantitativo e mais qualitativo. Ao mudar a maneira como nosso cérebro trabalha, elas causam delírios, ilusões ou alucinações. Maconha, LSD e diversas plantas alucinógenas são incluídas nessa categoria.

Ainda na definição do termo droga, Parascandola (1996) coloca que foi na edição de 1933 que o *Oxford English Dictionary* mostrou uma definição de “*drug*” somada à informação do vocábulo a ser usado também para narcóticos e opiáceos, como também as ideias de hábito e abuso, indicando um novo significado ao termo, surgido nos Estados Unidos e Europa no século XIX, propagado em escala global logo após a Primeira Guerra Mundial. No caso, a tendência seria associar o abuso a alguma droga específica, como ao álcool e ao ópio, e não à categoria genérica de “droga”. A explicação para a ligação da palavra droga à ideia de vício, associada ao vício dos narcóticos, vem de uma forma do uso do verbo “*to drug*”, com o sentido de envenenar, e de outra forma pela busca da literatura médica de um termo que juntasse os diversos tipos de abuso de substâncias, inclusive álcool, ópio, morfina, tabaco, cocaína, café, éter e outras mais. (PARASCANDOLA, 1996).

No Brasil, a constituição das discussões médicas sobre a droga aconteceu historicamente no final do século XIX, a partir de duas problemáticas que envolviam a questão terapêutica médica relativa à anestesia e à analgesia para suprir a dor e a questão da problemática do álcool relativa às ideias de embriaguez na discussão da vida em sociedade, com a discussão girando em torno do uso da cocaína, da morfina e do clorofórmio de forma terapêutica nos campos do conhecimento científico, das práticas profissionais médicas e farmacêuticas, mais especificamente na prática médica carioca.

A Medicina em diálogo com a Farmácia tinha mais preocupação com as consequências das intoxicações e envenenamentos ocasionados pelas drogas do que com as questões morais, psíquicas ou sociais ocasionadas pelo seu uso. Para essa medicina, com a vinda do Iluminismo, a doença exercia um papel natural, incluindo as regras da razão como objeto de estudo a ser metodologicamente observado, descrito, classificado e, por fim, ordenado detalhadamente. Esse período estava envolvido por um estado de euforia devido aos novos medicamentos anestésicos, pois tinham a grande capacidade de insensibilizar o corpo, com isso liberar da doença qualquer possibilidade de magia, feitiço ou mesmo possessão, possibilitando às drogas a extraordinária capacidade de aliviar o sofrimento humano, transformando a prática curativa tradicional através das diferenças entre os métodos de insensibilização, os métodos antigos e os métodos tradicionalmente usados por religiosos e curandeiros.

Diante dessa realidade, a preocupação maior se concentrava na habilidade do médico de ministrar tais drogas com a mesma segurança das drogas produzidas nas farmácias, inclusive sendo criadas categorias caracterizadas pelo uso dos termos “morfinismo” e “morfimania”<sup>5</sup>, revelando definições patológicas distintas relacionadas pela mesma substância tóxica.

A teoria do álcool estava pautada na ideia da qualidade alimentar, baseada na crença de que o álcool seria um alimento termogênico com efeito excitante, indicado inclusive com a possibilidade do seu uso na produção de tônicos com finalidade terapêutica. Embora já houvesse um posicionamento médico ambíguo devido à preocupação com o alcoolismo e o tratamento da loucura alcoólica estava no isolamento do indivíduo sob a medicação opiácea.

Nos primeiros anos do século XX, novas drogas para o uso da medicina terapêutica foram sendo produzidas e substituindo as antigas – morfina, éter, clorofórmio e cocaína. Desse aumento iniciou a preocupação da psiquiatria, delimitando, assim, uma nova perspectiva médica em relação às drogas já manifestadas pelo consumo das bebidas alcoólicas e conseqüentemente pelo alcoolismo como causa de patologias mentais aproximadas à morfinomania e à cocainomania, comumente relacionando drogas e loucura.

Nesse sentido, no final do século XIX e início do XX, percebe-se que foram produzidas e nomeadas pelos diagnósticos médicos no campo da psiquiatria as categorias: intoxicação, morfinismo, cocainismo, toxicomania, alcoolismo e loucura alcoólica. Também é claro que o álcool foi uma das pontes de representação da embriaguez como mal produzido pelas drogas e do surgimento da ideia nosológica do alcoolismo como categoria distinta dos tóxicos, especificando sempre semelhanças e diferenças entre as diversas substâncias e suas respectivas patologias causadas pelos seus usos, conforme apresentado anteriormente.

---

<sup>5</sup> “A ‘morfinomania’ é a necessidade irresistível, a paixão que o indivíduo sente pela morfina. O morfinismo é o conjunto de acidentes ou fenômenos produzidos pelo abuso prolongado da morfina. A ‘morfinomania’ e o morfinismo são duas moléstias perfeitamente distintas, cada qual com uma feição que lhes atesta a verdadeira entidade. Na primeira imperam os fenômenos da paixão inexorável pela morfina; na última predomina a revelação de uma lesão somática ou psicossomática. Muitas vezes, após prolongado uso da morfina, em injeções hipodérmicas, para combater uma moléstia aguda e dolorosa, pode, no organismo, apresentarem-se sintomas específicos do envenenamento morfínico, sem o doente ser vítima da mania. Como pode acontecer não aparecer fenômeno algum de envenenamento e, todavia, sobrevir, passada a moléstia, a sede pela morfina, e, neste caso, revela-se a mania” (PINHEIRO, 1907, p. 70).



Dessa forma, a correlação entre drogas e loucura foi permeada pelas afirmações e demonstrações em torno do álcool associadas à loucura, bem como às drogas nos conceitos médicos, moldando, assim, na categoria psiquiátrica, a toxicomania tanto sobre o álcool como sobre as outras drogas. Isso fez crescer a autoridade médica para produzir e defender ideias patológicas relativas ao uso de drogas, tornando o consumo de bebidas alcoólicas um problema para a sociedade. (SANTOS, 1995).

Magnus Huss, médico sueco, que por volta do ano de 1849, período de acirrada crítica à embriaguez, cunhou o termo “alcoholismo crônico” para descrever o conjunto de lesões ocorridas no cérebro e nos vários outros órgãos do corpo humano pelo alto consumo de bebidas alcoólicas conforme seus contemporâneos, que independia do controle do indivíduo. Dessa forma, formaram-se duas correntes de estudos sobre o alcoholismo, uma direcionada para os mecanismos neurológicos e dependência psicológica e outra para os impactos somáticos das substâncias, proporcionando o surgimento de novos estudos na formação médica, como a psiquiatria e a antropologia.

Embora houvesse ambiguidades na real definição da doença, Adiala (2011, p. 114) aponta que Santos (1995):

[...] procura mostrar essa ambiguidade também em termos das teorias sobre os alcoólicos, destacando a teoria do álcool-alimento como uma das bases da proposta de uso terapêutico do álcool. Também havia uma divisão entre as bebidas consideradas ‘higiênicas’, como o vinho e a cerveja, em contraposição às bebidas destiladas, como o absinto, o uísque e as aguardentes. Santos afirma que, no caso francês, somente após os incidentes relacionados à Comuna de Paris (1871) é que se tornou evidente a necessidade de combater o alcoholismo.

Já a perspectiva dos alienistas se preocupava com os efeitos do álcool sobre o cérebro e o sistema nervoso, associando esse consumo a uma maneira específica de patologia mental, definida pelo nome de dipsomania – termo vinculado às teorias da degeneração e da hereditariedade. Agora os indivíduos que antes eram considerados monomaniacos passariam a ser colocados como degenerados – termo usado com diversos significados, porém todos em geral indicavam um sentimento de decadência e declínio com ideia de degradação. (CARRARA, 1998).

Embora a ciência alienista de Pinel a Esquirol tivesse como preocupação a classificação das formas de loucura, a transposição para a teoria da

degenerescência, consoante Castel (1978), propõe uma verdadeira reviravolta à concepção de loucura estabelecida na época. Pela formulação de Morel, o alienismo dispõe-se a buscar a inteligibilidade da doença mental em uma casualidade oculta, distinguindo-a em causas predisponentes gerais – o clima, a civilização, as influências e costumes religiosos e as causas ocasionais ou excitantes –, podendo ter origem física ou moral. Assim, construíram-se inicialmente os fundamentos dos quadros de patologia mental do toxicômano e posteriormente a categoria alcoolismo relacionando sempre drogas e loucura nos discursos médicos.

Morel ressaltou as características inatas e constitutivas das perturbações mentais, possibilitando uma discussão psiquiátrica a respeito de reflexões sobre as doenças que podem atingir os homens. Essa discussão permitiu à psiquiatria identificar a loucura como uma tara hereditariamente transmitida, e não apenas como mais com um substrato orgânico, identificando o antes alienado como um ser degenerado, um ser que padece de um tipo de desvio primitivo, subdesenvolvido em suas faculdades morais devido às limitações da sua substância cerebral, base de sustentação das suas atividades mentais. Teorias dominantes da época associavam os conceitos de degeneração como chave explicativa para boa parte dos problemas associados à loucura. A noção de degenerescência – categoria psiquiátrica formulada por Morel, passa então a ser usada com o propósito de explicar a origem das patologias mentais e discutir as consequências do consumo de bebidas para a sociedade. (CARRARA, 1998).

Depois desse período de preocupações médicas com os efeitos resultantes da ingestão de bebidas alcoólicas no corpo e sua dependência, em 1951 a adicção<sup>6</sup> a drogas ou a álcool foi considerada uma enfermidade pela Organização Mundial de Saúde (OMS); assim, com o alcoolismo situado no âmbito da dependência, e não mais no excesso, as investigações migraram para os padrões de consumo de álcool e outras drogas. Após esse período, o alcoolismo passou a

---

<sup>6</sup> “O uso repetido de uma ou mais substâncias psicoativas, a tal ponto que o usuário (designado como um adicto) fica periódica ou permanentemente intoxicado, apresenta uma compulsão para consumir a substância preferida (ou as substâncias preferidas), tem grande dificuldade para interromper ou modificar voluntariamente o uso da substância e demonstra uma determinação de obter substâncias psicoativas por quaisquer meios. Numa situação típica, a tolerância é proeminente e quando o uso da substância é interrompido frequentemente ocorre uma síndrome de abstinência. A vida de um adicto pode ser dominada pela substância a ponto de uma virtual exclusão de todas as demais atividades e responsabilidades. O termo adicção também tem a conotação de que o uso de tal substância tem um efeito negativo para a sociedade, além de para o indivíduo; quando aplicado ao uso do álcool, é equivalente a alcoolismo” (BERTOLOTE, 2010, p. 14).

ser situado como dependência, diminuindo as investigações voltadas para as consequências da ingestão e aumentando para os padrões de consumo do álcool, dando início nos Estados Unidos no século XX a fundação dos Grupos de Ajuda Mútua dos Alcoólicos Anônimos (AA) e posteriormente dos Narcóticos Anônimos (NA), com o objetivo de recuperar dependentes de álcool e outras drogas, por meio de escuta e de partilhas de experiências de recuperação.

Nas décadas de 1950 e 1960, o termo “adicção”<sup>7</sup> tornou-se preponderante, historicamente é um termo bem antigo usado de várias formas; em torno de 1920 e 1960, houve tentativas para se diferenciar “adicção” de “hábito”; nos anos 1960, a OMS recomendou que ambos os termos fossem abandonados em favor de “dependência”, que pode existir em vários graus de gravidade, sendo caracterizada como doença mental que agrega irresistível desejo físico acompanhado de fatores psicológicos, buscado sistematicamente não só pela Medicina, mas pela Psicologia e pela própria Biologia até os dias de hoje. (SELBEL; TOSCANO, 2001). Vale ressaltar que autores de orientação psicológica tendenciam utilizar o termo “drogadicação” para se referir não somente à adicção de drogas, mas também a toda e qualquer adicção realizada com dependência seja psíquica e/ou física. A partir do momento que o indivíduo realize algo de forma compulsiva e exagerada já poderia ser considerado um drogadicto. Dentro dessa perspectiva, existem os adictos do trabalho, do lazer, do furto, do sexo, do amor, do álcool, da comida, das drogas propriamente ditas e várias outras. (GARZOLI, 1981).

Na década de 1970, foi dado início a um processo de organização de modelos teóricos para abordagens das drogas, modelos mais definidos para a compreensão como fenômeno, tanto relativo ao consumo quanto relativo ao controle de regulação do seu uso. A concepção de Nowlis (1982), considerada uma das mais difundidas e referidas por outros autores, identifica quatro tipos de modelos na

---

<sup>7</sup> “Este termo, em geral traduzido do inglês (*addiction*) ou do espanhol (*adicción*) é derivado do latim *addictionem*, que significa ‘propensão a predisposição, inclinação em direção de algo’, e não deve ser confundido com ‘adição’ (soma, acréscimo). Por sua origem, possui uma conotação etiológica de determinismo biológico: os adictos são pessoas com uma predisposição natural ao consumo arriscado ou perigoso de álcool ou de outras drogas. Essas pessoas possuiriam uma compulsão inata para ingerir ou tomar a(s) substância(s) preferida(s), e uma grande determinação para obter a substância de qualquer maneira. Nesse sentido foi popularizado por defensores das teorias da degenerescência moral como terreno de base das dependências (de maneira semelhante à prostituição – predisposição ao pecado, e às chamas do inferno – *flammis acribus addictis*, segundo o texto da missa de *requiem*). As pesquisas mais recentes não conseguiram documentar essa suposta predisposição, antes da exposição à substância. Apesar de não ser um termo diagnóstico na CID-10, continua a ser amplamente utilizado por profissionais e principalmente pelo público em geral, mas seu uso é desaconselhado, mesmo na língua inglesa”. (BERTOLOTE, 2010, p. 15).

prevenção às drogas: o modelo jurídico-moral; o modelo médico ou da saúde pública; o modelo psicossocial; e o modelo sociocultural. Embora tenha diferenças, esses modelos possuem como referência a tríade relativa ao indivíduo, à substância e ao contexto. Porém, diferenciam-se quanto à ênfase e aos significados atribuídos individualmente, conforme apresentados adiante. (NOWLIS, 1982, p. 15):

O modelo jurídico-moral valoriza as drogas em si, classificando-as em inofensivas ou perigosas. Nesse modelo, as drogas são agentes ativos e o público, a vítima. Existe uma dicotomia na classificação dos indivíduos, utilizadores e não utilizadores, assim como na classificação geral, baseada nos conceitos de legalidade e ilegalidade, de finalidade medicinal ou não medicinal. Seu principal objetivo consiste em colocar certas substâncias fora do alcance do público, protegendo e vigiando os indivíduos por meio de medidas legais que controlem o acesso à droga.

O modelo médico ou da saúde pública valoriza, simultaneamente, as drogas, indivíduo e contexto. Adota-se aqui o modelo epidemiológico de saúde (em uma transposição do esquema de doença contagiosa): a droga seria o agente; o indivíduo que a consome, o hospedeiro; e o meio ambiente seria o contexto. Nesse modelo, a droga tem papel mais importante entre os três elementos, sendo definida como geradora de dependência. O objetivo central, nessa perspectiva, é tratar o uso de maneira preventiva, visando diminuir a aceitação social da droga. Sugere-se, para tanto, o aumento do preço das substâncias geradoras de dependência como estratégia de controle de seu uso.

O modelo psicossocial valoriza o consumidor, ponto central das ações de intervenção, considerando a droga e o indivíduo como fatores complexos e dinâmicos. Nesta perspectiva, a utilização de drogas consiste em um comportamento que só persistirá enquanto desempenhar uma função para o indivíduo. Objetiva estabelecer distinções entre as diferentes quantidades, frequência e modalidades de utilização da substância, entre as demais funções desempenhadas pelo uso da droga, assim como determinar os efeitos produzidos por diferentes modos de utilização em indivíduos diferentes.

O modelo sociocultural enfatiza o contexto, considerando que as substâncias ganham sua significação e importância a depender do modo como uma dada sociedade define o seu uso e os seus utilizadores, e a eles reage. O uso de drogas é visto como um comportamento que se desvia do normal e que deve ser encarado e tratado como qualquer outro desviante ou destrutivo; e, ainda, que esse comportamento varia de uma cultura a outra, de uma subcultura a outra. Seu objetivo central é estabelecer distinções entre a proveniência dos comportamentos, os quais podem ser oriundos do próprio indivíduo ou da reação da sociedade diante dele.

Conforme anteriormente assinalado, existiu também a fundação dos Grupos de Ajuda Mútua de NA, iniciada nos Estados Unidos na década de 30 do século XX, alguns anos depois da fundação dos AA, pois dependentes de drogas, que não o álcool, sentiram a necessidade de criar um grupo próprio, mas mantendo os *doze passos e as doze tradições* do AA. O crescimento dos grupos de NA em todo o mundo foi muito expressivo desde a fundação do primeiro grupo; sua ampliação se constituiu por meio da instalação de novas “salas”. Ele é formado por

dois ou mais adictos que se reúnem regularmente com o objetivo de recuperar-se da drogadicção. Ele proporciona a cada membro a oportunidade de escutar e de partilhar experiências de recuperação.

NA é uma Irmandade ou sociedade sem fins lucrativos, de homens e mulheres para quem as drogas se tornaram um problema maior. Somos adictos em recuperação, que nos reunimos regularmente para ajudarmos uns aos outros a nos mantermos limpos. Este é um programa de total abstinência de todas as drogas, há somente um requisito para ser membro, o desejo de parar de usar. Sugerimos que você mantenha a mente aberta e dê a si mesmo uma oportunidade. Nosso programa é um conjunto de princípios escritos de uma maneira tão simples que podemos segui-los nas nossas vidas diárias. O mais importante é que eles funcionam. (NA, 2006, p. 10).

Não tem subterfúgios. Não somos filiados a nenhuma outra organização, não temos matrícula nem taxas, não há compromissos escritos, nem promessas a fazer a ninguém, não estamos ligados a nenhum grupo político, religioso ou policial e, em nenhum momento, estamos sob vigilância, qualquer pode juntar-se a nós, independente da idade, raça, identidade sexual, crença, religião ou falta de religião. (NA, 2006, p. 10).

Cronologicamente aconteceu nos Estados Unidos, ainda na segunda década do século XX, o Movimento de Oxford – Grupo Oxford, através de uma organização religiosa composta por vários estudantes da Universidade de Oxford, tendo como fundador Frank Buchman, ministro evangélico luterano. (BURNS, 1995). Tudo começou quando Buchman estava participando de uma convenção religiosa na Inglaterra, na cidade de Keswick, e escutou uma conversa sobre a Cruz de Cristo que lhe causou uma grande experiência espiritual íntima e pessoal, quando percebeu que sua vida era muito diferente da vida de Jesus. Então, tomou a decisão de adotar padrões absolutos de pureza, amor, honestidade e altruísmo. Sua mensagem principal consistia em retornar à pureza e à inocência dos primórdios da Igreja Cristã, que tinha como missão o renascimento espiritual dos cristãos, acolhendo de modo amplo todas as formas de sofrimento humano, como transtornos mentais e o alcoolismo; embora não fossem os focos principais, também eram contemplados pelas preocupações do movimento por serem sinais de destruição espiritual. Os pontos de partida das ideias e práticas dessa organização estavam na ética do trabalho, no cuidado mútuo, na orientação partilhada e nos valores da honestidade, da pureza, do altruísmo e do amor promovidos pelo protestantismo, do autoexame, da reparação e do trabalho conjunto. (BURNS, 1995).

Um desses convertidos foi Roland Hazard em 1931, um banqueiro ex-senador alcoólatra de Connecticut, que, em viagem a Zurique, com a intenção de se tratar com o renomado médico psiquiatra Carl Jung, teve algumas melhoras no decorrer do tratamento, porém com várias recaídas. Depois de três anos de tratamento, o médico Jung, já extremamente desmotivado com o caso de Hazard, disse que seu problema só poderia ser resolvido através de uma profunda experiência espiritual, ou seja, uma conversão religiosa de personalidade. Assim, Hazard retornou aos Estados Unidos e começou a frequentar os Grupos Oxford, quando parou de beber e começou a formar equipes que tinham como função converter alcoólatras aos Grupos Oxford.

Logo depois, Bill Wilson, dependente de álcool e convertido por um amigo que pertencia ao Grupo de Oxford, foi orientado a conversar com Bob Smith, outro dependente, conversa que marcou a fundação, em 1935, em Akron, Ohio, da irmandade Alcoólicos Anônimos (AA). Desde então, a troca de suas experiências com seus pares desencadeou a missão de ajudar outros dependentes de álcool, dando origem a um dos programas de recuperação de dependentes mais difundidos no mundo até hoje, o AA. No ano de 1939, Bill Wilson escreveu o livro *Alcoholics Anonymous*, em que o programa de recuperação foi codificado nos célebres “doze passos”. Além disso, Bill junto com Bob Smith criaram na cidade de Nova Iorque uma junta de custódios com o objetivo de administrar o AA. Posteriormente, devido à necessidade de fazer a vinculação do AA à junta de custódios, em 1951, com o propósito de resolver essa questão, houve a convocação de uma assembleia para uma “Conferência de Serviços Gerais”, com o propósito de unir os custódios dos serviços mundiais de AA, passando desde então a “irmandade” AA a conquistar sua autonomia. (BURNS, 1995).

A filosofia do NA encontra-se no *Livro Azul da Irmandade*, o qual contém os doze passos que adquirem um caráter de “suporte moral” na caminhada para a “recuperação” e que tem como meta a ser alcançada a abstinência total das drogas, inclusive do álcool. O NA adota como exigência principal, para que o indivíduo possa trabalhar os *doze passos*, o reconhecimento de que é vítima de uma doença incurável. O “Livro Azul” contém também as *doze tradições*, que constituem as regras para regular as relações no interior dos grupos. O esforço pela abstinência a todo e qualquer tipo de droga, inclusive remédios, é algo inerente à ideologia do NA, como

define o terceiro passo: o único requisito para ser membro é o desejo de parar de usar droga. Devido a isso, utilizam a expressão “manter-se limpo” para nomear seu período sem o uso de nenhuma substância psicoativa. Apesar de o grupo de NA se intitular de grupo de autoajuda, seu funcionamento básico propõe a ajuda mútua entre os participantes como essencial ao tratamento, baseada no apoio dos parceiros que se encontram na mesma condição emocional, fazendo com que os membros possam se socorrer mutuamente. (CHAPPEL; DUPONT, 1999; SÁNCHEZ-VIDAL, 1991).

No NA, também é necessário o reconhecimento de uma doença incurável, a adicção: aceitar que sua vida era regida pelas drogas, que o uso delas deixou de ser um prazer e transformou-se em uma necessidade.

Temos uma doença: progressiva, incurável e fatal. De uma maneira ou de outra, fomos lá e compramos a nossa destruição a prestações! Todos nós, do drogado que rouba bolsas na rua à doce velhinha arrancar receitas de dois ou três médicos, temos uma coisa em comum: buscamos nossa destruição de grama em grama, de comprimido em comprimido, ou de garrafa em garrafa, até a morte. Isto é pelo menos parte da insanidade da adicção. O preço pode parecer maior para o adicto que se prostitui por um ‘pico’ do que para o adicto que apenas mente para o médico. No fim, ambos pagam pela doença com suas vidas. Insanidade é cometer os mesmos erros, esperando resultados diferentes. (NA, 2006, p. 25).

Assim, após a inserção em um grupo de NA, o adicto ressignifica o estigma do drogado, assumindo então uma identidade do doente em recuperação. O isolamento social que muitos toxicômanos vivenciam pode romper-se no grupo onde eles podem falar abertamente de suas dores, transgressões, fracassos e recaídas.

É importante salientar que o NA dispõe de um valioso espaço para diálogo propiciado pelo grupo, aspectos da conduta social que não eram discutidos anteriormente passam a ser objeto de discussão. O acolhimento encontrado pelo iniciante pelos outros membros do grupo gera um sentimento de valorização das suas potencialidades e um apoio para as situações de limitação. Nesse acolhimento, já há uma percepção, que atravessa os componentes do grupo, baseada no reconhecimento mútuo e identificação de situações de sofrimento semelhantes. Um dos pontos em comum são as vivências de preconceito partilhadas, com isso há uma união, fazendo com que assumam uma responsabilidade pessoal de se ajudarem mutuamente. Acontece também a interação, que envolve a troca de ideias e o compartilhamento de emoções. Essa forma de comunicação facilita a integração do

usuário de drogas no grupo como uma melhor aceitação de si, favorecendo a ressocialização.

Assim, as conclusões da primeira metade do século foram realizadas precipitadamente, tomando como referência juízos de valor e a ideia de delinquência moral e social como consequência do uso de drogas. Em 1957, a *Narcotic Control Act* apresentou uma nova definição científica sobre a dependência, fazendo dos anos 1960 um marco divisor sobre as questões da droga, quando a OMS declarou sem solução o problema da definição técnica sobre os “estupefacientes” (entorpecentes), por ser uma questão extrafarmacológica, assumindo, assim, a classificação de substâncias psicoativas em drogas lícitas e ilícitas e sua abordagem normativa e repressiva, consagrando o modelo proibicionista de drogas. No final do século XX, deu-se início à importância de investigações e estudos da psicologia social e das ciências sociais na compreensão dessa questão como fenômeno sociocultural. As características de uso modificaram-se significativamente nas últimas décadas; desse modo, torna-se essencial desmitificar a questão do uso de drogas como algo estritamente patológico. Sob essa ótica, deixam-se por um instante os discursos médicos indo para o contexto historiográfico brasileiro retratado pelo descobrimento do “novo mundo” na América e suas questões culturais, políticas e sociais sobre as drogas agora como fenômeno de estudo histórico e antropológico.

Relativo aos aspectos institucionais da medicina científica sobre drogas no Brasil, tem-se que somente a partir de 1976 a Lei de Tóxicos começou a ser uma norma penal em branco, significando que, desde esse momento, ficava sob a responsabilidade do Ministério da Saúde toda a regulamentação pertinente a quais substâncias deveriam ser controladas ou proibidas.

### **3.2 Reforma psiquiátrica e uso de drogas no Brasil**

O médico psiquiatra Franco Basaglia<sup>8</sup>, depois de 12 anos de carreira acadêmica na Faculdade de Medicina de Padova, ao assumir a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia em 1961, período após a Segunda Guerra Mundial, iniciou mudanças com o objetivo de transformá-lo em uma Comunidade Terapêutica. Sua primeira atitude foi melhorar as condições de hospedaria e o cuidado técnico aos

---

<sup>8</sup> Franco Basaglia foi médico psiquiatra e o precursor do movimento de Reforma Psiquiátrica italiano conhecido como Psiquiatria Democrática.



pacientes. À medida que se defrontava com a miséria humana criada pelas condições do hospital, percebia que a simples humanização do tratamento não seria suficiente, faziam-se necessárias profundas transformações, tanto no modelo de assistência psiquiátrica quanto nas relações entre a sociedade e a loucura. Em Trieste, Basaglia promoveu a substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento, da qual faziam parte serviços de atenção comunitários, emergências psiquiátricas em hospital geral, cooperativas de trabalho protegido, centros de convivência e moradias assistidas para os doentes mentais.

Como evidenciou-se anteriormente, o uso de substâncias psicoativas tornou-se, com o passar do tempo, uma prática com diversos significados sociais, como os de doença, cura e tratamento. Na passagem para a sociedade urbano-industrial, a medicina científica como instituição social e o Estado se firmaram como instâncias máximas no controle das drogas e dos usuários fundamentados no modelo do movimento proibicionista. Com a internacionalização desse movimento e o apoio da Organização das Nações Unidas (ONU), as novas regras sobre o consumo de drogas tornaram-se hegemônicas no Ocidente.

Assim, torna-se necessário que seja feita uma pequena retrospectiva histórica dos serviços psiquiátricos no Brasil para contextualizarmos os desafios enfrentados na substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede territorial de atendimento. Entre as diversas frentes de questionamentos ao tratamento padrão que se dava aos pacientes psiquiátricos, houve o Movimento Antimanicomial, também conhecido como Luta Antimanicomial, que diz respeito a um processo organizado de transformação dos serviços psiquiátricos derivado de uma série de eventos políticos nacionais e internacionais. No Brasil, o dia 18 de maio é um marco para o Movimento da Luta Antimanicomial, porque remete ao Encontro dos Trabalhadores da Saúde Mental ocorrido em 1987 na cidade de Bauru, no estado de São Paulo, que reuniu mais de 350 trabalhadores da área de saúde mental indignados com o tratamento desumano recebido pelos pacientes dessa área.

O primeiro artigo da Lei de Tóxicos (Lei nº 6.368/1976) brasileira diz expressamente que “É dever de toda pessoa física ou jurídica colaborar na prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determina dependência física ou psíquica”. A lei trata e separa especificamente quatro categorias de pessoas com envolvimento com drogas da

seguinte forma: o traficante, o dependente, o experimentador ou usuário eventual e o traficante-dependente:

- a) o traficante passa a ser considerado um criminoso não apenas pelo tráfico de drogas, mas somado à ação perniciosa que pratica junto às pessoas sem experiência com o uso de drogas, com a intenção de torná-las usuárias como forma de alimentar o vício. Estabelece-se, assim, que os traficantes representam perigo para a sociedade, estipulando-se pena de 3-5 anos de prisão;
- b) o dependente é considerado um indivíduo sem a capacidade de dominar o forte desejo de usar a droga. Dessa forma, se cometer algum crime, a lei não o pune, por reconhecer que ele não domina sua vontade na ocasião. Após laudo médico, constatando a dependência do réu, o juiz, em vez de aplicar a pena, determina que ele seja encaminhado para tratamento;
- c) o experimentador ou usuário eventual tem sua punição, pois ele é ciente que a lei proíbe e a polícia pode prender quem estiver usando ou trazendo consigo droga. Embora a pena seja menor, ela pode variar de 2 a 6 anos de prisão. No caso de indivíduo que nunca tenha respondido processo criminal, ele poderá pagar uma fiança (certa quantia em dinheiro) e responder ao processo em liberdade. Se após o julgamento ele for considerado culpado, sendo primário, isto é, se não tiver cometido crime antes, ele receberá o *sursis* – palavra de origem francesa que significa suspensão condicional da pena. O réu, nessas condições, é condenado, mas não vai para a prisão. O juiz fixa um prazo para que ele tenha bom comportamento, sendo depois liberado. Se durante esse período de prova o réu cometer outro crime, o *sursis* fica sem efeito, e ele passa a cumprir a pena a que foi condenado;
- d) o traficante-dependente é considerado tão perigoso quanto o traficante de drogas sem ser dependente. Nesse grupo, encontram-se dependentes que se tornam traficantes a fim de terem maior facilidade de conseguir a droga. Nesses casos, a nossa legislação prevê uma punição igual à dos traficantes (3 a 15 anos) e também o tratamento médico dentro da própria prisão. Desse modo, a lei pune o crime e

cuida do doente, procurando dar-lhe a oportunidade de se recuperar e voltar ao convívio da sociedade.

É importante ressaltar que todo esse processo ocorre com as pessoas que tenham mais de 18 anos, haja vista que os menores de idade são encaminhados ao juizado responsável, em que o juiz, conforme a gravidade do caso, pode decidir entre mandar os pais assinarem um termo de responsabilidade pelo menor, interná-lo em casas especiais de recuperação de menores delinquentes ou, em certos casos, enviá-lo para prisão própria nas penitenciárias do país.

No Brasil, dispôs como resultado desse movimento a Reforma Psiquiátrica definida pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que tem como diretriz a reformulação do modelo de Atenção à Saúde Mental, transferindo o foco do tratamento, que se concentrava na instituição hospitalar, para uma Rede de Atenção Psicossocial. A referida lei redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando a oferta de tratamento em serviços de base comunitária e dispendo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, porém não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios, principal objetivo do manifesto de 1987. Porém, somente no final do século XX foi que a militância por serviços humanizados conseguiu as primeiras implantações de Centros de Atenção Psicossocial (Caps) fundamentais para o tratamento psiquiátrico e a reinserção social dos pacientes, tornando possível a diminuição gradativa dos casos de internação.

Imagem 1 – Mosaico representando as manifestações populares que acontecem no Dia Nacional da Luta Antimanicomial



Fonte: Nute-UFSC (2017).

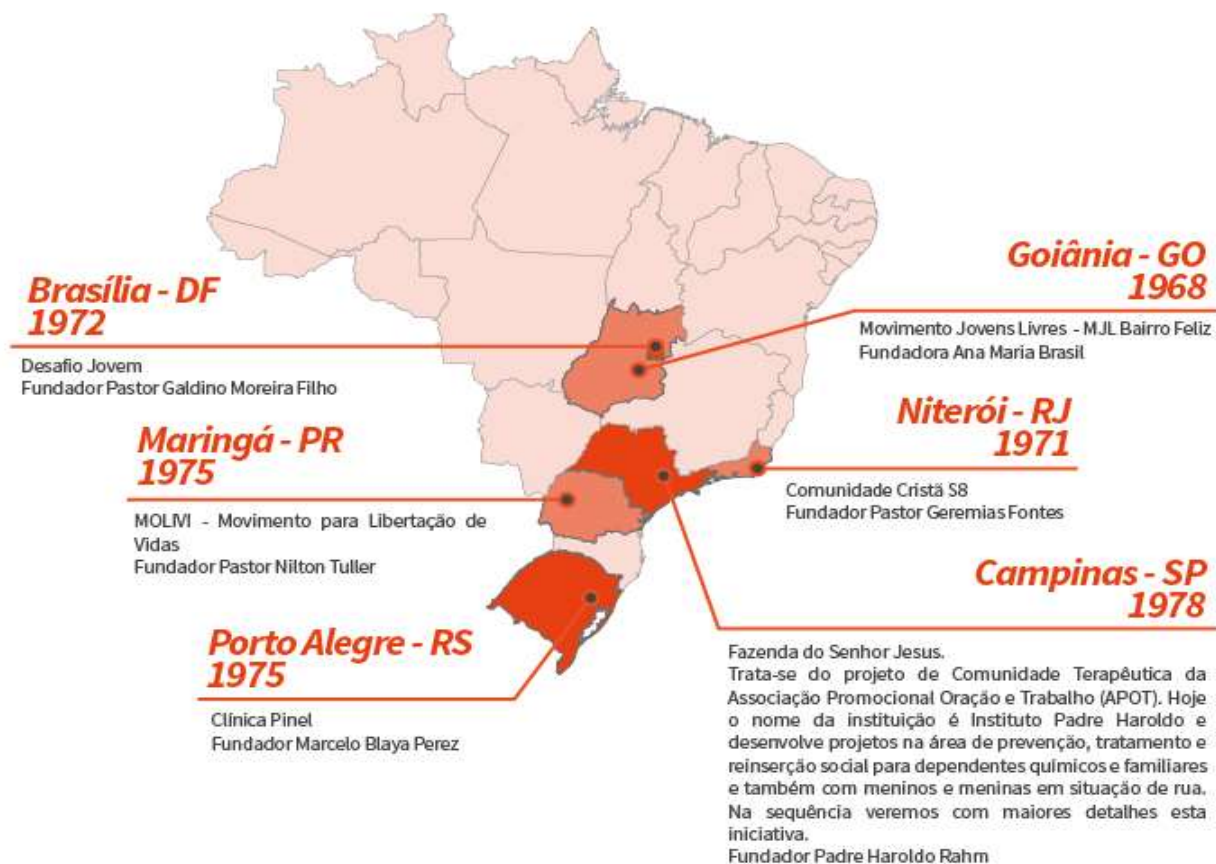
Em São Paulo, Carrano conheceu o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA). Os integrantes do MLA sabiam sua história. Logo, ele passou a trabalhar de forma voluntária com o movimento, visando a ampliação e a divulgação dos trabalhos substitutivos aos hospícios brasileiros.

O MLA iniciou-se em 1987, através de um encontro de cunho nacional promovido pelos trabalhadores da saúde mental no município Bauru. O Movimento aderiu ao lema: “Por uma sociedade sem manicômios”. A manifestação visava denunciar a contravenção dos direitos humanos sofridos pelos usuários de saúde mental que residiam nos manicômios. A partir da citada manifestação, estipulou-se o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, comemorado em todo o país no dia 18 de maio. Na sua origem, esse movimento está ligado à Reforma Sanitária brasileira, da qual resultou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), ligado também à experiência de desinstitucionalização da psiquiatria, desenvolvida em Gorizia e em Trieste, na Itália, por Franco Basaglia, na década de 1960. Na Itália, as Comunidades Terapêuticas foram inseridas como serviço para tratamento de dependentes químicos e familiares após terem passado por várias modificações a fim de se adequarem às necessidades de seus membros.

Dessa forma, nos últimos dez anos, as Comunidades Terapêuticas têm recebido regulamentações dos órgãos sanitários brasileiros. O atual marco regulatório, com a publicação das normas mínimas de funcionamento para esse ambiente de acolhimento, é a Resolução do Conselho Nacional Antidrogas (Conad) nº 1, de 19 de agosto de 2015. Essa Resolução teve ampla participação das entidades das Comunidades Terapêuticas, do governo e dos conselhos profissionais e movimentos da sociedade civil, contribuindo significativamente na atualização, regulamentação e funcionamento das Comunidades Terapêuticas, conforme constata-se no tópico que se segue.

### 3.3 Comunidades Terapêuticas (CTs)

Imagem 2 – Mapa indicando as primeiras Comunidades Terapêuticas no Brasil



Fonte: Nute-UFSC (2017).

As Comunidades Terapêuticas (CTs) iniciaram sua organização no século XX em diversos países do mundo em diferentes momentos, cada uma com suas respectivas especificidades e significativas contribuições. A CT Democrática teve como seu expoente o médico psiquiatra Franco Basaglia, considerado um dos expoentes nessa área por ter sido o precursor do movimento italiano de Reforma Psiquiátrica. A CT Democrática serviu também como experiência para o tratamento de distúrbios mentais iniciado na Inglaterra, considerado uma verdadeira revolução no campo psiquiátrico primeiramente desenvolvido em uma unidade de reabilitação social do Hospital Belmont na Inglaterra, na metade da década de 1940, para o tratamento de pacientes com problemas psiquiátricos que apresentassem distúrbios

de personalidade duradouros, e posteriormente precursor do conceito fundamental de comunidade como método no tratamento de usuário de substâncias psicoativas.

Embora tenha surgido em torno de 1968, a CT era um termo considerado moderno para instituições que tratavam de pacientes psiquiátricos através da junção de elementos próprios – como crenças, verdades e práticas de autoajuda – vindos da psiquiatria social. Trata-se de uma das abordagens usadas no tratamento do abuso de substâncias psicoativas. Não se fundamenta em uma prática psiquiátrica, psicológica ou médica, mas na modalidade de autoajuda envolvida por profissionais da área da saúde e da educação. As CTs para usuários de substâncias psicoativas fazem parte da rede de atendimento italiana advinda dos preceitos da Reforma Psiquiátrica.

Segundo De Leon<sup>9</sup> (2003, p. 373), “[...] a premissa fundamental dessa abordagem é que os indivíduos mudarão se participarem plenamente de todos os papéis e atividades em comunidade”. Ou seja, através de incentivos, o sujeito que participa da CT é estimulado a gerar *aprendizados e mudanças*. A CT, para ser saudável, precisa manter o equilíbrio da família, dos seus pares, do trabalho/escola com a lei (regras sociais) e a espiritualidade. Assim, ele apresenta três modelos para os programas da CT: a) Programa escola, com um currículo de aprendizagem sobre o próprio eu, relacionamentos com os outros e sobre o viver bem; b) Programa família substituta, com ordem na vida cotidiana, atenção amorosa com segurança física e psicológica, aceitação, transmissão de valores; c) Microsociedade, representando a junção das anteriores: escola e família substituta, incluindo responsabilidades ocupacionais, em que aquilo que realmente define o modelo da CT é o “ser comunidade”, tornando-se um ambiente de aprendizado e/ou reaprendizado psicossocial. A comunidade, como método, traduz-se em ensinar os indivíduos a usarem o contexto da vida em comunidade como forma de aprender sobre si mesmos.

A CT promove a aprendizagem por tentativa e erro, proporcionando um ambiente no qual se pode fracassar em segurança. [...]. Assim, a CT é considerada uma microsociedade que prepara o indivíduo para uma vida de sucesso na macrosociedade do mundo real. (DE LEON, 2003, p. 32).

---

<sup>9</sup> George de Leon (2003), especialista internacionalmente reconhecido no tratamento das toxicodependências, destaca o conceito de “comunidade como método”.

Relativo ao aprendizado social, De Leon (2003) nomeia características que fazem parte do perfil de dependentes de substâncias psicoativas:

- a) possuem carências de percepção que apontam para a dificuldade que os mesmos têm de reconhecer o quanto as suas ações afetam os outros, da mesma forma que não percebem de que maneira são afetados pelas ações alheias;
- b) possuem dificuldades para pensar nas consequências do comportamento impulsivo;
- c) possuem deficiência de julgamento para resolver problemas e tomar decisões;
- d) possuem dificuldade de identificar a relação entre o que vivenciam em termos de sentimentos e ações e as razões do que vivenciam com as drogas e suas consequências;
- e) possuem carências na compreensão da realidade, já não vista de fato como é, e sim confundida com os seus sentimentos;
- f) não possuem limites gerados pela falta de preparo para ganhar o seu sustento através de ocupações profissionais, ou, quando não é o caso, os prejuízos gerados pelo envolvimento com as drogas.

Dessa forma, a oportunidade de uma convivência em uma comunidade menor, com pessoas que possuem as mesmas dificuldades, sob a orientação de uma equipe multiprofissional com uma programação em que é possível dialogar sobre esses aspectos, poderá ser um auxílio significativo para que o indivíduo desenvolva os melhores atributos de percepção, julgamento e compreensão do que vivencia, depreendendo melhor a realidade e desenvolvendo o seu perfil humano e sua capacidade profissional.

No tocante ao aspecto psicológico, torna-se necessário compreender que sua percepção de si mesmo é negativa como dependente químico, em geral possuindo pouca autoestima, identidade pessoal negativa, dificuldades de administrar os sentimentos, fraca tolerância, sentimento de culpa, hostilidade e raiva, sentimentos perturbados e perda da capacidade de sentir prazer. O grande desafio nesse contexto é a vivência do tratamento entre os pares, tendo que desenvolver habilidades de lidar com os sentimentos – vivenciando-os – e, ao mesmo tempo, tendo que permanecer abstinente das substâncias psicoativas. Cabe a ele entender que o que está em

questão é a sua vida, o uso e o abuso, e principalmente a dependência de substâncias psicoativas, e aceitar que essas substâncias prejudicaram a sua percepção individual sobre a vida pessoal e comunitária. Assim, essa constatação geralmente gera implicações para o conceito e processo de tratamento, pois o tratamento não é tão somente o abster-se das substâncias psicoativas, mas principalmente saber lidar com a realidade da vida como ela realmente se apresenta, sem a necessidade de estar sob efeito de substâncias psicoativas.

Para De Leon (2003), a CT considera o abuso de substâncias psicoativas como um transtorno complexo que contempla o indivíduo por inteiro e diversos padrões de comportamentos e de pensamentos que revelam perturbação tanto no estilo de vida como no modo individual de agir desses indivíduos. Embora se tenha o reconhecimento de influências genéticas, fisiológicas, psicossociais e químicas, o indivíduo é visto como primordialmente responsável por seu transtorno e recuperação. Dessa forma, a perspectiva da CT à dependência é um sintoma, e não a essência de um transtorno. Independentemente de diferenças individuais, os usuários abusivos de substâncias psicoativas têm importantes semelhanças entre si. Em muitos casos, os dependentes apresentam problemas de socialização, cognitivos e emocionais, além de comprometimento de seu desenvolvimento psicológico geral. Diante dessa complexidade, na concepção de recuperação da CT, é fundamental considerar uma mudança global do estilo de vida e de ressignificação da identidade do indivíduo no contexto do aprendizado social. (DE LEON, 2003).

A experiência de Jones se torna a inspiração para novas iniciativas de impacto na Reforma Psiquiátrica mundial; no modelo de Maxwell Jones, a CT foi precursora do modelo de comunidade para tratamento de dependentes químicos. Para ele, os pontos de influência nesse modelo foram as questões espirituais, que na história da medicina e saúde mental oferecem exemplos de doenças da alma tratadas por ministrações espirituais. Considerava-se que a doença da alma se manifestava como um transtorno da pessoa inteira, caracterizando-se particularmente por problemas de autocontrole comportamental e emocional; já a cura ocorreria mediante envolvimento com a comunidade. (DE LEON, 2003). A partir de então, Maxwell Jones (1972) e seus colegas estudaram profundamente as várias características das CTs, descritas como organizações responsáveis pelo resultado terapêutico. Essas organizações sociais são importantes para se criar um ambiente



que maximize os efeitos terapêuticos, em vez de constituir mero apoio administrativo ao tratamento, tendo a democratização como um dos elementos centrais, fazendo com que o ambiente social proporcione oportunidades para que os pacientes participem ativamente dos assuntos da instituição. Todos os relacionamentos tornam-se potencialmente terapêuticos, assim como a qualitativa do ambiente social também é terapêutica, no sentido de estar fundada numa combinação equilibrada de aceitação, controle e tolerância a comportamentos destrutivos. A comunicação possui um alto valor, por meio do qual o grupo se orienta para o trabalho produtivo e para o rápido retorno à sociedade; a utilização de técnicas educativas e a pressão psicológica para propósitos construtivos são essenciais ao tratamento, sendo a autoridade dividida entre os funcionários, responsáveis e pacientes.

Logo depois, um dependente de álcool em recuperação, unindo suas experiências de AA a outras influências filosóficas, pragmáticas e psicológicas, lançou e desenvolveu o programa da Synanon – primeira CT estadunidense –, com o objetivo de iniciar um processo grupal da CT para ajudar o indivíduo a descobrir e alterar atitudes e comportamentos característicos associados à dependência de substâncias psicoativas. Tinha como proposta a interação grupal como forma de aumentar a autoconsciência individual dos aspectos negativos da personalidade por meio de seu impacto nas outras pessoas, sendo a persuasão grupal um recurso direcionado a levar à total honestidade pessoal, à completa autoexposição e ao compromisso absoluto com a mudança de si mesmo. A partir de então, essa alternativa terapêutica se firmou e deu origem a outras CTs, que, conservando os conceitos básicos, aperfeiçoaram o modelo proposto pela Synanon<sup>10</sup>. Com o passar do tempo, o exemplo da Synanon foi sendo difundido por todo o mundo e desenvolvido com a ajuda e a participação de voluntários e profissionais de diversas áreas como líderes cívicos, de membros do clero, de políticos e de profissionais de saúde e assistência social.

É importante especificar que criação de CTs, em sua grande maioria instituições não governamentais, aconteceu devido ao vazio assistencial do Estado no cuidado e no atendimento ao uso abusivo de drogas. Em 2002, com o aumento significativo do uso de substâncias psicoativas e das consequências associadas a

---

<sup>10</sup> A CT Daytop Village, fundada em 1963 pelo monsenhor William O'Brien e por David Deitch, tornou-se um programa terapêutico muito integrado, sendo o exemplo mais significativo desse tipo de abordagem. George de Leon, 2003.

esse uso, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Atenção Integrada ao Usuário de Álcool e Outras Drogas, demonstrando uma vontade política direcionada à criação de serviços específicos para usuários e dependentes químicos.

Com pontos convergentes e divergentes que não serão motivos de explanação no momento, elaborou-se, em 2005, a Política Nacional sobre Drogas (ênfata-se a substituição da palavra “antidrogas” por “sobre”), segundo a qual o tratamento, a recuperação e a reinserção social do usuário de droga deve resultar da articulação de toda a rede assistencial de instituições não governamentais e governamentais: unidades básicas de saúde, ambulatórios, Caps Ad, CTs, grupos de autoajuda, hospitais gerais, hospital dia, serviços de emergência, corpo de bombeiro, clínicas especializadas, casas de apoio, entre outras. (ALVES, 2009). Em 2006, a legislação revogou as leis de 1976 e 2002, quando distinguiu a condição de usuários e dependentes de drogas como pessoas que não deveriam ser privadas de liberdade pelo fato de estarem portando droga para consumo próprio. Posteriormente, o Decreto nº 7.179 instituiu o Plano de Enfrentamento ao *Crack* e Outras Drogas (2010), coordenado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad).

Em 2001, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), considerando a necessidade de normatização do funcionamento de serviços públicos e privados de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, adotou a Resolução da Diretoria Colegiada nº 101/2001, que estabeleceu regulamentação técnica através do documento: “Exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas”. (BRASIL, 2001).

Hoje as CTs, instituições de internação não hospitalares para dependentes químicos, são reconhecidas pela Anvisa como um método de atendimento psicossocial em regime de residência, possibilitando a convivência entre os pares<sup>11</sup>. Conforme a 1ª resolução da Anvisa, para que seja reconhecida como uma CT, a instituição deve proporcionar o seu atendimento “a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas”, através de “regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos”, seguindo assim o

---

<sup>11</sup> Em 2001, surgiu a primeira resolução da Anvisa sobre as CTs, tirando-as da “clandestinidade”. No item 2 dessa resolução, consta: “[...] Tais serviços, urbanos ou rurais, são também conhecidos como Comunidades Terapêuticas”. (BRASIL, 2001).

“modelo psicossocial”. É função dessas unidades de tratamento oferecer “um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados”, fornecendo “suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas” por um “período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso”. A CT é um “lugar” que tem como principal “instrumento terapêutico” a “convivência entre os pares”. Assim, é oferecido ao residente “uma rede de ajuda no processo de recuperação”, resgatando “a cidadania”, buscando encontrar “novas possibilidades de reabilitação física e psicológica e de reinserção social”<sup>12</sup>. (BRASIL, 2011).

Como forma de vivência em um contexto de assistência às drogas, a partir da descentralização dos serviços de saúde mental, representando uma alternativa de base comunitária e de atenção extra-hospitalar como comunidade organizada com fins terapêuticos, apresento a CT Desafio Jovem do Ceará, tida como uma instituição de referência na cidade de Fortaleza, como sendo a primeira fundada na região Nordeste na década de 1970, como forma de descrever as primeiras experiências em espaços institucionais focalizadas no estudo temático sobre esse trabalho, através da apresentação da sua organização, estrutura e programa terapêutico, por meio de relatórios e narrativas que preveem o funcionamento das atividades de aconselhamento individual, reuniões de grupo, palestras informativas, *feedback*, regimento interno, assembleia geral, atividades esportivas e recreativas, atividades pedagógicas de ensino, cursos de caráter profissionalizante, oficinas (artística/artesanal), acompanhamento médico e medicamentoso, e promoção da cidadania.

---

<sup>12</sup> A Resolução nº 29/2011 da Anvisa, em seu artigo 1º, parágrafo único, preconiza: “O principal instrumento terapêutico a ser utilizado para o tratamento das pessoas com transtornos decorrentes de uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas deverá ser a convivência entre os pares, nos termos desta Resolução”. (BRASIL, 2011).

#### **4 COMUNIDADE TERAPÊUTICA DESAFIO JOVEM DO CEARÁ: MODELO INSTITUCIONAL, EXPERIÊNCIAS E NARRATIVAS BIOGRÁFICAS**

Em meados da década de 80 começaram a ser registradas as principais mudanças nos campos da pesquisa historiográfica, trazendo junto a importância das experiências individuais e a vivência de situações singulares. Com efeito, a história cultural impulsionou o atrelamento do estudo do político à história, do estudo do contemporâneo à cultura, onde todos estes estudos estão entrelaçados aos debates sobre a memória e suas relações com a História. (FERREIRA, 2000).

Essa perspectiva de poder interligar história, memória e estratégias educativas, possibilita a aceitação do valor dos relatos e testemunhos como fonte a mais para pesquisas históricas. Possibilitando a reintegração do papel da pessoa no processo social da história oral de hoje, a então chamada de História recente, ou de História contemporânea. Verena (2006) reitera a ideia de que a história oral propõe o registro de testemunhos que nos possibilitam adentrar “histórias dentro da história” na seguinte definição:

A História oral é uma metodologia de pesquisa e de constituição de fontes para o estudo da história contemporânea surgida em meados do século XX, após a invenção do gravador a fita. Ela consiste na realização de entrevistas gravadas com indivíduos que participaram de, ou testemunharam, acontecimento e conjunturas do passado e do presente. (VERENA, 2006).

Embora seja um processo trabalhoso, uma das principais riquezas da História oral se dá em permitir o estudo das várias maneiras de como determinados grupos ou pessoas realizam experiências, inclusive situações de aprendizagem e decisões estratégicas em suas vidas. Como também, visa responder apenas a determinados pontos em questão, e não representa uma solução aos problemas propostos, como no caso deste trabalho, propondo apenas relacionar um tema tão polêmico na atualidade, como é o uso de substâncias psicoativas – drogas com discussões históricas e culturais entrelaçadas ao fenômeno das drogas. Partindo dessa realidade, foi assumido como principal fonte para a coleta de dados, os documentos cedidos pela instituição e entrevistas de história de vida com alguns funcionários, tendo centro de interesse a trajetória de vida o médico Dr. Silas Munguba relativo à fundação da Comunidade Terapêutica Desafio Jovem do Ceará.

#### 4.1 Dr. Silas Munguba, idealizador e fundador do Desafio Jovem do Ceará

Nascido de família pobre formou-se médico ginecologista e obstetra no ano de 1950 pela da Universidade Federal de Pernambuco, atuou como professor catedrático de anatomia, de ginecologia e obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará e Diretor Geral do Hospital Batista Memorial de Fortaleza, foi casado com dona Nicéia Henrique Munguba, agora viúva, desde 02 de julho de 1926, o qual a conheceu quando ainda tinha 10 anos de idade. Desta sua união matrimonial nasceram os filhos Tereza Cristina, Nila Maria, Marta Mara e Paulo. Falecido na tarde do dia 15 de junho de 2009 aos 86 anos de idade, vítima de falência múltipla de órgãos, embora aos 34 anos tenha sido designado com um grave problema cardíaco que levou os médicos a lhe darem apenas três meses de vida ainda no ano de 1975. Deixou como legado uma rica trajetória de vida, marcada pelo altruísmo e pela ética, tendo esse reconhecimento por autoridades de todo o estado do Ceará. (Jornal O Estado, terça-feira, 16 de junho de 2009, Fortaleza, Ceará, Brasil):

Silas Munguba teve sua vida marcada pela solidariedade. Dedicou sua vida a ajudar a juventude. Como médico e ser humano contribuiu para que famílias superassem os problemas relacionados à dependência de drogas. É uma grande perda, mas seu trabalho serve de exemplo para todos. (Cid Gomes, governador do estado do Ceará).

O cuidado com o outro moveu seus passos todos esses anos no Ceará. Comoveu-se com o problema do uso de drogas entre nossos jovens, foi lá e desenvolveu uma forma terapêutica de mudar essa realidade. Viu que tinha de ir além e passou a atuar na prevenção. Entendendo a importância do seu trabalho, mantemos um convênio da Prefeitura de Fortaleza com o Desafio Jovem. Que sua partida não impeça a continuidade dessas ações. E que o conforto para seus familiares e amigos chegue em breve. (Luizianne Lins, prefeita de Fortaleza).

Lembrar Silas Munguba é um misto de alegria e tristeza. Alegria, por sua trajetória missionária por ter dedicado sua vida inteira pelo bem do próximo, no caso, os jovens sem perspectivas, que se entregaram às drogas, e, tristeza, por não contar hoje com sua presença física. Silas Munguba é um exemplo a ser seguido. Um batalhador do bem, da causa pública. Um homem que confiou na reabilitação das pessoas e fez dessa crença, uma realidade. Quero, nesta oportunidade, abraçar toda a família desse missionário: os seus filhos de sangue e todos aqueles que ele abraçou e acreditou na sua recuperação. (Domingos Filho, deputado estadual e presidente da Assembleia Legislativa do Ceará).

Silas Munguba foi um cidadão humanista. Entre inúmeras ações e sonhos, sempre ficará na nossa memória a determinação dele em promover inclusão social, especialmente, de jovens, por meio da

recuperação da dependência das drogas, um drama de saúde e social que incomoda as pessoas comprometidas com a cidadania, comprometidas com a vida. Ele foi assim durante toda a sua história. (João Ananias, secretário da saúde do estado do Ceará)

Por um senso de justiça e gratidão, todo o Ceará lamenta a morte do grande médico humanista Silas Munguba, que liderou importante projeto social em defesa da vida. Seu trabalho e dedicação em favor do tratamento e da recuperação de drogados reflete o espírito solitário de um homem de Deus, que soube vivenciar os ensinamentos do Evangelho pela prática do amor e da fraternidade. Tive a felicidade de conviver algumas vezes com o Dr. Silas Munguba e de acompanhar a sua obra social, que salvou e continua salvando muitas vidas. Sua presença entre nós foi a de um profissional e chefe de família exemplar, que deixa a maior de todas as heranças: a da prática do bem comum em prol do semelhante. (Tasso Jereissati [PSDB], senador da República).

É uma perda muito grande para o nosso estado, não somente por sua luta contra as drogas, mas também pelo exemplo de caráter que era o Dr. Silas Munguba. É um dia muito triste para mim, que passei a admirá-lo desde quando fui estagiária no Desafio Jovem, pelo curso de Pedagogia. Foi uma vida inteira dedicada a resgatar crianças e adolescentes das drogas. (Patrícia Saboya [PDT], senadora da República).

Dr. Silas Munguba, uma vida singular! Várias gerações foram beneficiadas através de seu testemunho cristão e humanitário, que teve destaque com a fundação do Desafio Jovem. Suas palestras despertaram nos jovens, o ideal de viver uma vida feliz e harmônica. O Ceará deve um tributo de honra a este gigante do amor cristão. Obrigado, Dr. Silas! (Francisco Caminha, deputado [PHS]).

Foi um vocacionado na sua profissão, a Medicina, e todos bem conhecem a sua marca de chegar onde o Estado não chegou. Desenvolveu uma luta hercúlea para recuperar dependentes de drogas. Com sua visão humanista fez as vezes do estado sendo o pioneiro onde o ente público até hoje não conseguiu chegar. Foi um exemplo de conduta e retidão de comportamento. (Heitor Ferrer, deputado [PDT]).

Homem de muita fé, o Dr. Silas Munguba foi incansável na luta contra as drogas. O trabalho dele a frente do Desafio Jovem é exemplo dessa determinação. É uma grande perda para toda a sociedade cearense. (Desembargador Ernani Barreira, presidente do tribunal de justiça do estado do Ceará).

Meu irmão influenciou as pessoas na busca do melhor para ajudar o próximo. Foi um lutador, herói de guerra pelas causas dos dependentes químicos no Ceará. (Aristóbulo Aguiar Munguba, dentista, irmão).

Pessoa admirável e reconhecida por tudo que a vida dele significou. Para retirar jovens dos vícios, sacrificou em muito a própria vida enquanto grande profissional, dedicando-se particularmente aos seguimentos mais sacrificados da juventude que estava à beira da morte pelo vícios das drogas. (Luiza de Teodoro Vieira, professora, membro do Conselho Estadual de Educação do Ceará).

Para nós, foi um privilégio muito grande tê-lo como membro de nossa Igreja, tendo em vista a pessoa que ele foi. Homem de caráter exemplar, um espírito muito generoso, preocupado com as pessoas. Um cristão que viveu a Palavra de Deus dedicando-se a resgatar e transformar vidas,

plantando sementes que estarão dando frutos para sempre. (Daniel Alamino Ledesma, pastor titular da Igreja Batista Alvorada).

A produção de história oral biográfica implica a seleção de fontes, que podem ser orais ou escritas, com efeito, a pesquisa tem como subsídio fundamental a entrevista informal ou espontânea, com perguntas abertas, como na conversa entre o pesquisador e o sujeito e o diário de campo, de tal modo que seja possível definir os melhores registros da história de vida do biografado, aportando aos objetivos da pesquisa. Propõe-se descobrir como esses saberes são capazes de formar novas relações por meio da desconstrução do que já existia, pois a história é sempre marcada por discontinuidades em virtude de constantes mudanças e transformações de práticas discursivas já articuladas historicamente em determinado período. Significa pensar essas práticas discursivas na trajetória de um ser com vivências e experiências singulares sobre o tema, remetendo-nos a uma análise de descontinuidade e desconstrução histórica e cultural sobre as drogas, buscando entender como determinados conceitos impregnados e naturalizados ainda permeiam historicamente. É importante percebermos as transformações caracterizadas por esses saberes e experiências, traçando percursos da identidade do biografado refletidos nas narrativas dos entrevistados e dos relatórios apresentados enquanto dispositivos discursivos e normativos usados na instituição.

Desta forma, a biografia como instrumento de investigação histórica expressa alguns conceitos, como:

Biografia 1 - Narração oral, escrita ou visual dos fatores particulares das várias fases da vida de uma pessoa ou personagem. 2 - O suporte físico (livro, filme, texto teatral, disco óptico etc.) onde se insere uma biografia. 3 - A história de vida de alguém. 4 - compilação de biografias de homens célebres. 5 - Gênero literário cujo objeto é o relato da aventura biográfica de uma pessoa ou de um personagem. 6 - Ciência relativa a essa espécie de descrição. (BORGES, 2005, p. 204).

Em vida, o Dr. Silas sempre travou combate com diversas lutas, e em diferentes etapas de sua vida. Dentre essas lutas, ainda muito jovem, completou seus 21 anos a bordo de um navio, lutou ao lado da Força Expedicionária Brasileira (FEB), servindo como terceiro sargento durante a Segunda Guerra Mundial lutou na Itália na Tomada de Monte Castelo, onde recebeu quatro condecorações: Cruz de Combate de 1ª Classe, Medalha Cruz de Campanha, Medalha de Guerra e Medalha

Sangue do Brasil. A entrada dele na Faculdade de Medicina também foi mais uma de suas lutas, pois teve que fugir do quartel para fazer o vestibular e só depois de aprovado conseguiu ser dispensado do serviço militar. De sua experiência na guerra, Silas Munguba trouxe para o Brasil a vontade de resgatar vidas jovens, como as que foram perdidas no “*terrível contato com o desperdício da vida e a banalização da morte de tantos jovens sacrificados à besta da violência, do ódio e da barbárie, como subproduto da injustiça e do desamor*”, conforme as palavras do Editorial de o jornal “O Povo”. Porém, sua maior batalha foi contra as drogas.

Como desígnio dessa narrativa biográfica, tem sua filha Tereza Cristina Munguba, terapeuta ocupacional a qual trabalhou durante quase 15 anos ao lado de seu pai na Comunidade Terapêutica Desafio Jovem e depois de seu falecimento, assumiu a presidência da instituição. Militante fervorosa do trabalho do pai na luta de combate às drogas, rememora cheia de emoção e orgulho a trajetória de vida do pai. Desde minha primeira visita apresentou-se sempre muito receptiva e disponível a colaborar com tudo o que fosse necessário à realização deste trabalho.

Mesmo não sendo possível dissociar a eletrônica dos contatos diretos para a produção da história oral, sabe-se que nada substitui a percepção do entrevistado no ambiente da gravação. Portanto, uma entrevista não é apenas uma coleção de frases reunidas em uma sessão dialógica. A *Performance*, ou seja, o desempenho é essencial para se entender o sentido do encontro gravado. Olhar nos olhos, perceber as vacilações ou o teor emotivo das palavras, notar o conjunto de fatores reunidos na situação da entrevista é algo mais do que a capacidade de registro pelas máquinas, que se limitam a guardar vozes, sons gerais, e imagens. A percepção das emoções é bem mais complexa do que aparenta, e sua captação se dá apenas pela presença física de pessoas. (MEIHY, 2007, p. 23).

Cristina Munguba, referenciada pela inspiração, fundação e organização do Desafio Jovem do Ceará, relatou que tudo começou após a triste experiência de seu pai ao participar de uma guerra:

O pai ficou extremamente sensibilizado diante de tantas mortes e atrocidades, sentiu-se profundamente tocado por tantos jovens mortos em campo de guerra, que a partir disso, o interesse dele seria iniciar um trabalho de preservação da vida de jovens, onde teve como ponto de partida a luta contra as drogas por volta do ano de 1971 a partir da leitura de um notícia extremamente curiosa. Leu em um jornal da cidade de Fortaleza, *O Unitário*, uma reportagem afirmando que no mundo havia um bilhão de jovens usuários de drogas, para uma população de 4 bilhões de pessoas, isto é, para cada quatro pessoas, uma seria usuária de drogas, considerou esses dados alarmantes e ficou muito preocupado, encontrando assim, nessa realidade sua bandeira de luta.



Embora na época já fosse médico há 20 anos, nunca havia visto nenhum tipo de droga e nenhum contato com usuários de drogas, ficando instigado em como e por onde começar, desde então, começou a pesquisar sobre o assunto, tudo sobre drogas e seus efeitos tanto no cérebro, quanto no organismo. Desde então, refletindo sobre seus estudos, despertou para a causa e iniciou uma trajetória em busca de prevenir o consumo de drogas entre jovens e adolescentes. Inicialmente através de palestras sobre a temática das drogas, destacando sempre em suas falas os aspectos biopsicossociais e espirituais dos usuários. Na época, evangélico participante da Igreja Batista de Porangabussu, tinha o cargo de professor de escola bíblica de jovens, percebeu então que seria o local ideal para começar a falar sobre os efeitos do uso de drogas no organismo e no cérebro. Quando fez essa primeira palestra, não sabia que na sala havia dois professores da rede pública de ensino, quando terminou sua aula, um deles ficou estarrecido sobre seu conhecimento sobre drogas e de imediato o convidou para palestrar em sua escola. Cada escola que ele palestrava, outros professores o convidavam para falar em mais e mais escolas, e assim ele iniciava uma longa jornada de palestras pelo Brasil onde ficou conhecido como 'O médico que falava sobre drogas'.

Embora na época da fundação do Desafio Jovem tenha recebido pesadas críticas das igrejas, inclusive chegando a ser tido como herege por não tratar os dependentes somente pela fé, mas priorizar também os aspectos psicossociais dos internos, como também, acreditava na ciência, pesquisava e estudava muito sobre o assunto. Procurava e ainda mandava buscar fora do Brasil referências teóricas sobre o assunto, queria saber e entender tudo que envolvia o uso de drogas. Sobre sua crença religiosa, toda semana realizava o momento devocional com os internos, era um homem de fé, porém afirmava que Deus não cura todos da mesma forma, mas usava as diferenças e variedades de aspectos físicos e psicossociais de cada indivíduo, são pessoas extremamente normais, pois eles apresentavam além do uso de drogas, diversos tipos de outros problemas como familiares.

Cristina, com brilho nos olhos de tanto orgulho do pai, relata sobre o profundo interesse que o pai tinha por cada interno, a dedicação e o amor pela história de vida de cada um, apresentado pela riqueza de detalhes quando o mesmo organizava o perfil de cada interno e relatava nas reuniões com a equipe que o uso de drogas vinha por vários motivos, como: curiosidade em provar drogas; influências do ciclo de amizade; falta de espiritualidade; adoções mal explicadas, citando como exemplos os seguintes casos de ex-internos:

Havia um amigo bem próximo da família, rapaz muito bem educado, de média condição financeira e social, obediente aos pais, formado em odontologia, seguindo uma profissão que teria tudo para ser bem sucedida. Porém já adulto descobriu que era um filho adotado, ficou

extremamente revoltado e decidido a não aceitar essa verdade. Depois da descoberta de adoção, passou a usar drogas, ser agressivo com os pais e nunca mais conseguiu ter estabilidade emocional e em nenhuma outra área de sua vida.

Teve também uma família de três filhos, vinda de outro estado, para se tratar em Fortaleza, onde:

Uma mãe já entrando em desespero pelo alcoolismo de seus três filhos comprou uma arma, chamou os três e disse-lhes: quero que um de vocês pegue essa arma e atirem bem no meu peito, pois como já vou morrer de tanto sofrimento causado pelo vício de vocês, prefiro morrer de forma rápida e menos sofrida. Os filhos sensibilizados pelo desespero da mãe resolveram se tratar. Dos três filhos, um apresentava comportamentos extremamente agressivos. Passado o período de internamento e tratamento, os três filhos pararam de beber, porém um deles tinha um sério problema de agressividade, e mesmo depois de parar de beber continuou com esse problema.

Cristina ressaltou o que seu pai sempre afirmou sobre a importância de um tratamento biopsicossocial e da intervenção psicológica no tratamento da dependência de drogas. Porém, afirmou que, no Desafio Jovem, seu pai nunca permitiu a indicação de medicação no tratamento, quando havia necessidade, devido ao tempo de uso e dependendo do estado físico do interno, era liberada sua saída para atendimento hospitalar e retornaria com medicação, mas sob prescrição médica, pois ele acreditava muito na perspectiva de cuidar do indivíduo em sua totalidade. Disse que o pai ao ser questionado sobre seu conhecimento em algo que nunca provou como no caso, o uso de drogas psicoativas, ele sempre dava com forte convicção, a mesma resposta:

Tinha como bases de seu conhecimento, além de estudos e profundas leituras, as muitas 'experiências ouvidas' no longo percurso de sua vida e usava como exemplo seu sucesso como médico obstetra 'nunca precisei ter um filho, para cuidar de gestantes'. Interessante. Muito interessante a vivência que ele levou pra lá sabe. E nenhuma pessoa que assumiu. A Cris assumiu depois dele, mas a Cris não tem a mesma força, a mesma disposição que ele tinha. Incrível. Ele chegava lá sempre cedinho, ia lá dentro, reunia os meninos. A gente fazia uma festa de conclusão de tratamento e sempre ele tinha que estar lá, mas ele conhecia aquele recuperando, não era só a fala, estou aqui falando só sobre a conclusão do tratamento, não ele conhecia aquele recuperado, porque ele conhecia recuperado, porque ele conhecia aquela história. Então muito interessante o comportamento dele. E aí motivada a gente porque a gente via como ele era tão dedicado a instituição e o trabalho que ele estava propondo que ali ele acabava envolvendo todo mundo para entrar no ritmo dele, sabe! Acabava motivando, né? Muito bom. Experiência. (Sandra [nome fictício], supervisora técnica do Desafio Jovem).

Cristina relatou que embora ele fosse médico cardiologista, seu consultório passou a ser procurado por pais de jovens e pessoas que usavam drogas e queriam saber dele sobre o tratamento para quem queria deixar de usar. Foi neste momento que ele se deparou com um dilema. “Eu sei o que as drogas fazem e ensino para que ninguém entre nessa; mas não sei o que fazer para sair”. Pensou então em criar uma Casa de Recuperação para dependentes de álcool e outras drogas. Foi quando conheceu o Sr. João Furtado que havia participado da inauguração do Desafio Jovem de Brasília, fundado pelo missionário americano David Wilkerson.

Fotografia 1 – Comunidade Desafio Jovem - Ceará



Fonte: elaborada pelo autor.

A fundação do Desafio Jovem iniciou no ano de 1975, quando o Dr. Silas juntamente com o Sr. João Furtado, sentiram-se desafiados a fundar a primeira casa de tratamento para dependentes de drogas na cidade de Fortaleza, decidiram assumir a difícil tarefa, até então completamente desconhecida no estado do Ceará. Inicialmente, alugaram uma chácara no bairro Parangaba, cidade de Fortaleza, local de funcionamento até os dias hoje, com ajuda de algumas pessoas de igrejas evangélicas através da doações de móveis, colchões, lençóis etc. Contou principalmente com a colaboração de mulheres da sociedade fortalezense que juntamente com a primeira dama do estado na época, Sra. Luiza Távora, simpatizaram com este trabalho e ajudaram, assumindo a alimentação durante muito tempo, através da doação de gêneros alimentícios. As despesas com luz, água,

telefone e alguns poucos funcionários era responsabilidade dos dois dirigentes Silas Munguba e João Furtado.

A primeira dama do estado do Ceará – Luiza Távora, sensibilizada com o projeto da casa de recuperação, juntamente com o então governador do estado Sr. Virgílio Távora, desapropriou na época em regime de comodato, porém na gestão do Governador Ciro Gomes, esse regime foi mudado para contrato anual e sua organização formal aconteceu em 16 de junho de 1975, em uma assembleia na Igreja Presbiteriana Central, sito Av. Visconde do Rio Branco, ocasião em que foi lavrada a ata de fundação.

Fotografia 2 – Entrada da comunidade Desafio Jovem do Ceará



Fonte: elaborada pela autora.

O Desafio Jovem do Ceará é uma das instituições pioneiras em oferecer tratamento de pessoas comprometidos com a dependência química de álcool e outras drogas na perspectiva de cuidar do indivíduo em sua totalidade. Na prevenção, tratamento e reinserção social, atuando desde 1975, há quase quatro décadas no município de Fortaleza, atendendo pessoas de todo o Brasil, localizada na av. Silas Munguba, 565, no bairro da Parangaba.

Fotografia 3 – Desafio Jovem do Ceará



Fonte: elaborada pela autora.

Segundo informações contidas nos relatórios fornecidos pela instituição, foram coletados os dados sobre a fundação, estrutura e organização institucional relativos aos anos de 2000 a 2010, dispõem-se as seguintes informações registradas em forma de relatos anuais:

O Desafio Jovem é uma Instituição filantrópica sem fins lucrativos, sob proc. Nº 28977.011868/94-34 de Utilidade Pública Federal, sob proc. nº 6.722/95-04, de Utilidade Pública Estadual pela Lei nº 9.996 de 05/12/1975 e de Utilidade Pública Municipal pela Lei nº 4.608 de 21/11/1975, registrada no Conselho Nacional de Assistência Social – Proc. 264.187/75-30 de 09/04/1976, inscrito no CNPJ sob nº 06.799.282/0001-15, registrada na Coordenação de Assistência Médica Hospitalar (CHMS - 246), estatuto registrado e publicado no DOE em 18/09/75, que se dedica à recuperação física, mental e espiritual do dependente químico e alcoolista, e em sua reintegração social, não fazendo qualquer distinção de raça, condição social, política ou denominação religiosa e atualmente denominada de Comunidade Terapêutica, buscando vivenciar em “comum-união” (comunhão), onde através do poder transformador de Jesus Cristo, junto com o trabalho dos profissionais de saúde, recupera pessoas dependentes do vício;

A Comunidade Terapêutica Desafio Jovem do Ceará tem como Missão “trabalhar o ser humano em toda sua essência na prevenção e no tratamento ao uso indevido de drogas”;

Tem como Filosofia de trabalho, a prevenção do uso de drogas, o tratamento para alcoolistas, dependentes químicos e familiares. Para tanto, o trabalho oferecido pela Instituição é no sentido de conscientizar, criar mecanismo para mudanças no estilo de vida dos dependentes. Propõe um trabalho na perspectiva de tratar, recuperar e reinserir o dependente químico nas diversas atividades desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, através de modalidades diferenciadas de tratamento, voltada para atender o indivíduo em sua integralidade, colaborando para a melhoria da qualidade de vida e o exercício pleno de cidadania, com o objetivo de torná-lo um sujeito autêntico capaz de fazer escolhas longe das drogas;

A visão do Desafio Jovem é a de prestar serviços de qualidade no que diz respeito a prevenção, recuperação e reinserção social do dependente químico, desenvolvendo atividades de cunho preventivo, junto a comunidade, empresas privadas e instituições governamentais e não governamentais, oferecendo serviços de Tratamento Ambulatorial e Tratamento de internamento a todos aqueles que procuram a instituição em busca de soluções e na esperança de receber ajuda, oferecendo apoio às famílias de usuários que sofrem com a problemática das drogas; Incentivo à pesquisa, como condição necessária para conhecer a realidade, e em especial para fundamentar as Políticas Públicas, garantindo a primazia do estado na condução destas Políticas. Nossa Instituição tem a consciência de sua participação nas Políticas voltadas para atender as necessidades da população usuária de drogas. Como sociedade civil organizada, nos comprometemos a promover ações condizentes com a legislação vigente, tais intervenções estão fundamentadas nas seguintes leis, resoluções e portarias: Leis Nº 113/2006; Lei Nº 8742/1993; RDC Nº 29/211, Portaria nº 1773/2013, bem como na Política Nacional de Assistência Social e na Política Nacional sobre Drogas. Além das leis acima mencionadas baseamos o desenvolvimento das nossas ações no Código de Ética das Comunidades Terapêuticas.

Sobre a parte da estrutura e organização dos Programas e atendimento biopsicossocial constataram-se as seguintes informações:

É uma Comunidade Terapêutica onde se vive em “comum-união” (comunhão), junto com o trabalho dos profissionais de saúde, recuperando dependentes de álcool e outras drogas; Tem por objetivo prestar serviços, em caráter beneficente e não lucrativo; Busca promover ações de cunho preventivo, tendo seus esforços voltados, sobretudo para as faixas mais jovens da população. Ressaltamos que ao longo de nossa trajetória nesta área, em nenhum momento apoiamos propostas de cerceamento de liberdade, mas lutamos sim por uma sociedade mais justa que minimize o acesso às drogas e ao apelo midiático, como no caso do álcool especificamente; Sabemos do nosso papel, enquanto instituição de referência no estado do Ceará, e das implicações que envolvem tamanha credibilidade da sociedade, e pesar das inúmeras dificuldades inerentes ao Terceiro Setor. Continuamos, ao longo da nossa história, executando a nossa missão: “Trabalhar o ser humano em toda a sua essência, na prevenção e no tratamento do uso indevido de drogas”; Consideramos a relevância das ações intersetoriais no cuidado às pessoas e seus familiares acerca do uso de drogas, englobando as áreas da Assistência, Previdência, Habitação, Cultura, Lazer, Esporte, Educação, Saúde, Emprego e Renda, dentre outros. Por ser transversal deverá estar inserido em todas estas áreas, pois não podemos incluí-lo apenas à recuperação, mas a uma atenção integral.

No ano de 1998, foi dado início ao Núcleo de Assistência Ambulatorial, atualmente denominado de Programa de Assistência Psicossocial, destinado também a mulheres e a ex-residentes da Instituição, dispondo de Programas em duas modalidades de tratamento descritas da seguinte forma:

Programa de Assistência Psicossocial: Essa modalidade de tratamento é destinada às pessoas que são transferidas do internamento e/ou aqueles que possuem um nível menor de comprometimento desenvolvido através de grupos temáticos, preparação para o internamento, com atendimentos individuais e aulas no supletivo. A equipe de atendimento é composta por profissionais das áreas de orientação cristã, serviço social, terapia ocupacional, psicologia e de professores da educação básica;

Programa de Acompanhamento Terapêutico: desenvolvido para atender exclusivamente homens acima dos 16 anos, por um período pré-estabelecido de até nove meses, tendo todo suporte psicossocial, contando com uma equipe multidisciplinar, na qual desenvolvem atividades como: de grupos, laborterapia, supletivo, terapia ocupacional, esporte, orientação cristã, atendimento individual; no sentido de proporcionar uma mudança no estilo de vida, desde a interrupção do uso total de drogas até sua reinserção à sociedade.

A instituição tem como pilares de seus programas para o tratamento da dependência química e alcoolista, o desenvolvimento do seu trabalho especificamente nas áreas física, mental, social cognitiva e espiritual descritas em forma de relatório documental e entrevista:

Embora não tivesse o profissional disponível no momento para aprofundar sua atuação em forma de entrevista, como é realizado especificamente esse trabalho, no relatório consta que a área física trabalha a recuperação da saúde corporal e desintoxicação através de:

- a) Educação física;
- b) Esportes;
- c) Recreação;
- d) Terapia ocupacional.

Na área social, exercido por uma assistente social consta no relatório que trata do restabelecimento da unidade familiar e assessoramento individual para o retorno das atividades produtivas.

No trabalho preventivo, o Desafio Jovem tem sua atuação dividida de forma preventiva em três etapas, com atendimentos de Prevenção primária, Prevenção secundária e Prevenção terciária organizados da seguinte forma:

Prevenção primária: ações de cunho educativo voltadas especificamente para esclarecimentos, reflexões e análise relacionadas às questões em torno do uso de drogas, realizadas através de cursos, palestras e vários canais de mídia com os programas de Projeto Palestra; Capacitação para Prevenção às Drogas em Escolas; Projeto Empresa Parceira; Programa de Valorização da Vida, todas ministradas por seus representantes e convidados em:

- a) Escolas;
- b) Creches;
- c) Universidades;
- d) Associações Comunitárias;
- e) Condomínios;
- f) Igrejas;
- g) Supermercados;
- h) Bancos;
- i) Encontros de Casais;
- j) Grupo de Jovens;
- k) Polícia Militar;
- l) Câmara Municipal;
- m) Empresas Privadas.

Prevenção secundária: A metodologia desenvolvida pela instituição a partir dessa forma de prevenção tem como meta proporcionar novos interesses, hábitos saudáveis, responsabilidade por si e pelo outro, direcionar para novos padrões de vida longe das drogas, onde inicialmente é realizada uma avaliação pela equipe multidisciplinar para diagnosticar o nível de comprometimento da dependência. Depois dessa primeira etapa é feito um encaminhamento para os níveis de tratamento de acordo com o diagnóstico realizado pela equipe.

As dimensões propostas para definir os níveis de comprometimento da dependência são relativas à:

- a) Resistência ao tratamento;
- b) Resistência à continuidade do tratamento;
- c) Comprometimento biomédico (clínico);
- d) Comprometimento psíquico, situação social, familiar e legal.

O diagnóstico conforme os níveis de comprometimento 1, 2, 3 ou 4 é estruturado da seguinte forma, conforme relatório (2000, p. 3-4):

- a) nível 1: Clientes diagnosticados como usuários ocasionais ou experimentadores eventuais são encaminhados para recursos de prevenção primária que contemplam estratégias educacionais, recreativas e/ou programas preventivos orientados para comunidade, por escolas, associações etc.;



- b) nível 2: Clientes diagnosticados como dependentes de comprometimento leve são encaminhados para o Programa de Assistência Ambulatorial;
- c) nível 3: Clientes diagnosticados como dependentes de comprometimento moderado são encaminhados para o Programa de Internamento;
- d) nível 4: Clientes diagnosticados como dependentes de comprometimento grave são encaminhados para tratamento Médico-Hospitalar. Obs.: O Desafio Jovem do Ceará não possui estrutura médico-hospitalar para atender a esses clientes, faz apenas o encaminhamento.

As ações da prevenção secundária consistem em atendimento individual semanal através de consultas direcionadas ao usuário e aos seus familiares com psicólogos, assistentes sociais e orientadores espirituais da equipe multidisciplinar, com duas reuniões de Grupo de Apoio por semana e reuniões quinzenais de Grupo de Atenção à Família e consultas individuais. Conforme relatório (2000, p. 8-9):

Atendimento psicoterápico: tem como objetivo levantar dados sócio-psico-familiar do dependente químico visando uma melhor avaliação da problemática apresentada por cada indivíduo como também facilitar a inserção e o acompanhamento do cliente no programa de tratamento ambulatorial. Grupo de apoio ao usuário masculino – visa despertar, no usuário, a necessidade de uma mudança no estilo de vida, objetivando promover a bem-estar físico, mental, familiar e social de cada participante. Busca também facilitar o resgate da autoestima, tão abalada pelas consequências advindas do uso de drogas. O trabalho em grupo é de grande valia no tratamento de dependência química em função da necessidade do usuário em se sentir aceito e amparado por um grupo que o escute e o aceite incondicionalmente. (A.A. e N. A.). Grupo de apoio feminino – teve início tendo em vista o crescente aumento de mulheres usuárias no Ceará e a constante procura de atendimento psicoterápico para mulheres dependentes químicas. Este grupo apresenta os mesmos objetivos expostos para o grupo de apoio masculino, no entanto busca evidenciar à saúde da mulher, o papel da maternidade e a busca de um novo estilo de vida. Grupo de apoio à família – esse grupo não tem como objetivo realizar um tratamento psicoterápico com as famílias e sim transmitir orientações sobre como lidar com o dependente químico de forma que as mesmas possam, em casa, auxiliar o trabalho da instituição. Esses grupos são realizados, quinzenalmente. Atendimento psicoterápico à família – disponível às famílias que demonstrem interesse, tendo o objetivo de trabalhar as questões próprias da estrutura intra-familiar. Grupo de Valorização da Vida - para qualquer jovem ou adulto que deseje mudança de vida, de modo a viver com melhor qualidade. Tem como objetivo trabalhar as relações intra e interpessoais, provocar reflexões sobre a vida de modo a vivê-la de modo inteligente, motivando as pessoas a enfrentarem as realidades da vida buscando valores positivos. Programa de Prevenção da Recaída - para jovens e adultos com problemas associados ao

consumo de álcool e/ou outras drogas, que desejem mudanças de vida, de modo a viverem com melhor qualidade, aprendendo a lidar com situações de risco evitando que ocorra uma recaída. Tem como objetivo: 1) A identificação e a antecipação de situações de risco, internas e externas, que podem levar o indivíduo a recair no uso de drogas; 2) A aprendizagem das habilidades necessárias para lidar com e enfrentar estas situações de risco; 3) O aprendizado da modificação de crenças, pensamentos e atitudes associados com aqueles de consumir drogas; 4) Modificações no estilo de vida.

Essas atividades são organizadas e exigidas de maneira rigorosa com o cumprimento de um cronograma e a manutenção da boa aparência, sempre com o desejo de promover a mudança de estilo de vida e a aquisição de valores, sem os quais não dificultaria de todas as formas o tratamento de recuperação.

Prevenção terciária: São ações desenvolvidas em regime de internamento a dependentes do sexo masculino, para idade entre 16 e 60 anos com acompanhamento de 24 horas e o rigoroso cumprimento de um cronograma diário que consiste na participação em grupos terapêuticos, psicoterapias, laborterapia, terapia ocupacional, esportes, recreação, aulas de canto, aulas de violão e acompanhamento espiritual, distribuídos da seguinte forma:

- a) atendimento psicoterápico – visa trabalhar o adicto em todas as suas inter-relações, baseado num estudo minucioso da personalidade e do caráter (entrevista com psicólogo), com todas as implicações sociais e familiares, visando a abstinência total das drogas, mudanças de hábitos, de ambientes etc. Esses atendimentos são realizados quinzenalmente com os internos de primeira e segunda fase, e semanalmente com os alunos da terceira fase;
- b) grupo de apoio aos internos – tem como objetivo proporcionar ao interno uma melhor compreensão e manejo de seu comportamento, e incentivar o comprometimento com o tratamento. Através de dinâmicas, textos, depoimentos são abordados, de forma lúdica, assuntos importantes para a reflexão do grupo. O grupo de apoio acontece semanalmente;
- c) grupo de apoio à reinserção social – tem como objetivo perceber as perspectivas do grupo em relação a sua ressocialização, de modo a buscar uma resposta a essas questões e estabelecer metas, e promover reflexões sobre a prevenção da recaída;

- d) atendimento à família do interno – com o objetivo de se acompanhar mais de perto a dinâmica familiar de cada interno estamos iniciando essa nova etapa na tentativa de que a família possa ser trabalhada; (Esses atendimentos são marcados a partir da necessidade da família e do interno).
- e) grupo de apoio aos familiares – no interesse de trabalhar as famílias e suas relações, pois sabe-se que a família é codependente e também precisa de tratamento, são abordados assuntos referentes a doenças familiares. Esse grupo acontece, quinzenalmente;
- f) grupo de apoio à terceira fase – tem como objetivo trabalhar o processo de ressocialização dos internos que estão próximos a concluir o programa;
- g) grupo de preparação para o internamento – tem como explicar todo o processo de internamento antes da estrada do cliente, possibilitando que ele venha a conhecer a instituição onde passará os possíveis 7 meses, evitando assim uma expectativa diferente da realidade;
- h) visita domiciliar – um trabalho iniciado em 1999, tem por objetivo conhecer melhor a dinâmica familiar, a partir do cotidiano desta, observando aspectos sobre: domicílio, vizinhança e as relações familiares, procurando com isso auxiliar na reinserção do dependente químico ao seu núcleo familiar;
- i) grupo de Literatura – também um trabalho iniciando nesse ano de 1999, realizado pelo setor de psicologia e que ainda está em fase de adaptação, vem trazendo resultados bastante favoráveis no tratamento. Tem como objetivo principal possibilitar ao interno um encontro com o mundo da literatura onde ele possa descobrir que as histórias, os livros, podem lhe ajudar a se compreender e ao mundo e assim possam expressar sua subjetividade. Através de convênio com o Ministério de Educação – MEC, continua sendo oferecido o Supletivo do Ensino Fundamental e Médio, que visa dar a oportunidade de recuperar o nível de escolaridade perdido em função das drogas, e ajudá-lo na sua reintegração social e no retorno às atividades produtivas;

- j) informática – 22/07/2000 a 16/12/2000 – através do trabalho voluntário do Prof. Francisco Sampaio e com o apoio do Centro Federal de Estudos Tecnológicos do Estado do Ceará – (CEFET-CE), que cedeu o laboratório de informática;
- k) auxiliar de contabilidade – 31/01/2000 a 04/02/2000 – através do CEPAC;
- l) orientação profissional – 20/03/2000 a 24/03/2000 – através do CEPAC;
- m) panificação – 06/12/2000 a 20/12/2000 através do NUTEC/UFC;
- n) eletricidade – iniciado 06/12/2000 que se estenderá até o dia 30/01/2001 – através do Sec. Trabalho e Ação Social – governo do estado do Ceará.

É exigida também a manutenção da boa aparência, sempre com o desejo de promover a mudança de estilo de vida e a aquisição de valores essenciais ao processo de recuperação e reintegração social.

Além de todas as atividades apresentadas, havia o estímulo à participação em atividades sociais com passeios de lazer e culto nas igrejas evangélicas. Dentre inúmeros passeios, foi promovido no ano 2000 o dia de lazer na Praia do Icaraí, no 23º Batalhão de Caçadores, nos acampamentos das Igrejas Presbiteriana de Fortaleza e Presbiteriana da Aldeota e, visita cultural ao Museu de Arte Contemporânea – Exposição August Rodin e a participação na Copa Giré de Futsal da Igreja Batista de Porangabussu do Jockey Club. Sempre que há oportunidade são promovidas internamente confraternizações e comemorações de datas festivas.

Todas essas atividades sociais têm como objetivo, integrar a comunidade terapêutica e demonstrar, aos internos, a possibilidade de atividades de diversão e lazer sem a necessidade do uso de álcool e/ou drogas, apresentando uma nova forma de vida.

A instituição tem como principal objetivo, trabalhar a reintegração social e o retorno às atividades sociais e produtivas dos internos, ofereceu no corrente ano, através de parcerias, os cursos profissionalizantes de Informática. Auxiliar de contabilidade, Orientação Profissional, Panificação, Eletricidade, dentre várias outras atividades profissionalizantes e eventos similares; como também a capacitação de seus recursos humanos.

Na Comunidade Terapêutica Desafio Jovem, percebe-se que o tratamento na comunidade é ancorado em atividades desenvolvidas com os internos onde se tem: grupo de psicologia, grupo de terapia ocupacional, grupo sobre dependência química com o educador cristão, grupo da assistente social, aulas de supletivo e grupos devocionais. Conceituam dependência química como uma doença crônica, progressiva, capaz de levar à morte. Destacando-se alguns pontos para o diagnóstico da doença como a compulsão, perda do controle, síndrome de abstinência, tolerância, abandono de prazeres saudáveis pelo prazer exclusivo da droga e continuidade do uso da substância apesar de perceber seus prejuízos.

Além das reflexões realizadas nas atividades em grupo na comunidade terapêutica, também são apresentadas ao dependente as inúmeras perdas existentes na vida de quem optar por continuar usando drogas, como: vínculo familiar, respeito da sociedade, capacidade de memória, saúde corporal, dinheiro, emprego, noção de certo e errado, e tempo de vida.

Dessa forma, a autonomia necessariamente deve fazer parte de qualquer cuidado, seja tratar, curar ou cuidar de um sujeito que deve sempre lutar pela ampliação do coeficiente de autonomia para ampliar a capacidade e melhorar seu entendimento do próprio corpo, da sua doença, das suas relações com o meio social e, em consequência, da capacidade de cada um instituir a ampliação das possibilidades de sobrevivência e da qualidade de vida.

Na realidade a gestão de si, do seu cuidado em saúde, das suas alegrias e tristezas, é uma tarefa existencial que não pode ser sequestrada pelos profissionais ou pelo tratamento em si. Decidir sobre suas próprias dores e como buscar tratamentos para seu sofrimento, bem como sobre quais os limites que constituem a sua fronteira do excesso é um direito indissociável da ideia de uma autonomia sobre si. (CARNEIRO, 1993).

Pelo entendimento de autonomia apresentado no desenvolvimento do trabalho interdisciplinar, segundo informado, há uma discussão do caso dos pacientes, onde cada profissional envolvido coloca seu diagnóstico e posteriormente lhe é informado como ele deve proceder para melhorar seu rendimento, proporcionando um espaço para a construção de autonomia com a efervescência de uma experiência diretiva, político-ideológica, pedagógica. Compreende-se a droga como uma consequência do sofrimento social.

Assim, não é prudente apontar a droga como a única causadora das mazelas desencadeadoras de sofrimento. No entendimento deles, o consumo da substância poderia proporcionar uma fuga das aflições recorrentes, como também, questões sociais que atravessam o uso de drogas até mesmo antes de ele acontecer. Para tanto, são indispensáveis os serviços de saúde que possibilitem este alcance de compreensão que abordem como se constrói o processo de consumo, levando em consideração as experiências dos usuários em relação aos efeitos da substância, os aspectos sociais e principalmente culturais envolvidos no consumo.

Para se construir novas formas de abordagem, o entorno sociocultural, bem como a experiência dos efeitos das substâncias são relevantes. Ao se compreender como os usuários experimentam os efeitos e como ocorrem os rituais de consumo no contexto do grupo social, poderá se ampliar o conhecimento sobre estes grupos.

#### **4.2 Comunidade Terapêutica – saberes, práticas e educação não formal**

Propõe-se neste trabalho, formular críticas a algumas definições clássicas e significados aplicados ao termo *educação*, tendo como base dessa discussão a concepção histórico-social, abordando as modalidades de educação informal, não-formal e formal. Para Carlos Libâneo, as práticas educativas acontecem em sociedade enquanto procedimentos fundamentais da própria condição humana. Segundo o autor, a pedagogia propõe investigar a natureza, as finalidades e os processos essenciais às práticas educativas, com o objetivo de dispor a realização desses procedimentos nos vários contextos que acontecem essas práticas. Desta forma, estas práticas constituem-se em um campo de conhecimento com objeto, problemática e método apropriados a uma investigação, adequando-se enquanto ciência da educação. (LIBÂNEO, 2004).

Essa perspectiva da pedagogia fundamenta-se em um conceito ampliado de educação, onde as práticas educativas deslocam-se dos limites estabelecidos apenas à escola ou à família. Realizando-se em todos os contextos e âmbitos da existência individual e social humana, de forma institucionalizada ou não, sob as várias modalidades de educação e de forma difusa e dispersa, como as que

acontecem nos processos de aquisição de saberes, nos modos de ação não intencional e não institucionalizados, caracterizando-se assim, enquanto educação informal. Para ele, há também práticas educativas que acontecem em instituições não convencionais relativas aos sistemas educacionais, porém com certo nível de intencionalidade e sistematização, desenvolvida para grupos sociais específicos, caracterizando assim, a educação não formal. (LIBÂNEO, 2004).

Acredita-se que seja necessário compreender propostas educativas como as desenvolvidas na Comunidade Terapêutica Desafio Jovem, que não estejam isoladas dos problemas atuais, como é o caso da drogadição, das relações sociais, políticas e culturais que perpassam a sociedade. Onde é necessário se posicionar sobre esses direcionamentos e sua relação com as formas de educação, com o tipo de homem que pretende-se formar, apreendendo propostas reflexivas e analíticas da realidade atual.

Parcializados e diversos são os entendimentos sobre o termo **educação**, talvez devido à complexidade e as múltiplas dimensões do que trata o fenômeno educativo em si, acarretado pela complexidade investigativa de sua natureza, suas especificidades, suas funções e principalmente as variedades de enfoques que ela pode assumir, como: o antropológico, o sociológico, o econômico, o psicológico, o biológico, o histórico e o pedagógico. Tendo ainda que levar em consideração, ideias, significados, representações e práticas consideradas do senso comum permeado de elementos, ideológicos, legais, culturais, religiosos entrelaçados ao fenômeno em si.

Conforme Libâneo (2004, p. 70):

É inevitável, assim, que ocorram entendimentos parcializados devido ao viés das várias áreas de conhecimento que se ocupam do fenômeno educativo, das diversas instituições que lidam com questões educacionais ou das experiências vivenciadas na prática. Não é de estranhar que sociólogos, psicólogos, administradores escolares, professores costumem abordar questões da educação apenas sob o prisma de sua formação acadêmica ou de suas experiências em instituições específicas.

Os problemas surgem quando começam a generalizar conclusões de estudos ou opiniões para todas as instâncias da prática educativa.

Nesse sentido, as formas de tratamentos ao uso abusivo de drogas possuem certa complexidade e sua relação com a educação precisa ser encarada como uma forma instigante de estímulo à divergência, ao diferente e ao debate no que concerne à busca de conhecimento, contribuindo, assim, para um entendimento

mais amplo dos significados e extensões do termo educação nos seus sentidos amplo e restrito. Em sentido amplo, a educação compreende os processos formativos que ocorrem no meio social, nos quais os indivíduos estão envolvidos de modo necessário e inevitável pelo simples fato de existirem socialmente; neste sentido, a prática educativa existe numa grande variedade de instituições e atividades sociais decorrentes da organização econômica, política e legal de uma sociedade, da religião, dos costumes, das formas de convivência humana. Em sentido estrito, a educação ocorre em instituições específicas, escolares ou não, com finalidades explícitas de instrução e ensino mediante uma ação consciente, deliberada e planejada, embora sem separar-se daqueles processos formativos gerais.

Há também, como essencial a essa discussão, a compreensão do termo *fenômeno educativo*<sup>13</sup>, onde a educação enquanto prática educativa é um fenômeno social e universal, sendo uma atividade humana necessária à existência e funcionamento de todas as sociedades. Cada à sociedade poder cuidar da formação dos indivíduos, auxiliar no desenvolvimento de capacidades físicas e espirituais, e prepará-los para a participação ativa transformadora nas várias instâncias da vida social. Não há sociedade sem prática educativa, nem prática educativa sem sociedade. A prática educativa não é apenas uma exigência da vida em sociedade, mas também o processo de prover os indivíduos dos conhecimentos e experiências culturais que os tornam aptos a atuar no meio social e em sociedade.

É perceptível na História da Educação um domínio primordial do saber pedagógico atual, caracterizado pelo pluralismo e pela diversidade. Não existe uma verdade absoluta, tudo depende do contexto explorado, incluindo a necessidade de uma reflexão tanto no que diz respeito às competências, quanto aos limites dos seus saberes. Com insistência a registros e formas de representações que aprofundam o potencial e a flexibilidade de novos instrumentos de comunicação e de linguagem frente à complexidade e aos desafios dos fenômenos e objetos educacionais.

---

<sup>13</sup> Um caminho bastante estimulante para a compreensão do fenômeno educativo é torná-lo como ingrediente dos processos práticos – práxis – de relação ativa dos indivíduos como meio natural e social, entendido esse meio como “culturalmente organizado”. Essa interação homem-meio está mediatizada pela atividade (trabalho), e essa atividade implica assimilação (aprendizagem) da experiência humana historicamente acumulada e culturalmente organizada. Ou seja, a relação ativa dos indivíduos com o meio natural e social implica a mediação da cultura, visando ao desenvolvimento da personalidade, ou seja, aquisição das qualidades específicas do gênero humano, Libâneo (2002, p. 140).



A educação formal é sempre uma atividade intencional, ou seja, existe uma finalidade para a implantação dos processos educacionais, além de a educação possibilitar um diálogo total do homem com ele mesmo. Já na atualidade, existem várias questões e importantes paradigmas usados na interpretação social, política e cultural da Educação, em relação tanto às desigualdades escolares, como também aos fenômenos intrínsecos no processo de transmissão dos saberes. Quando se levantam perguntas sobre a questão das drogas, o primeiro aspecto que vem à tona é o farmacológico, relacionado aos riscos e danos ligados ao seu uso e abuso. Outro aspecto bastante apresentado é o da justiça associada ao tráfico, violências e crimes, ou temáticas frequentemente relacionadas a estas práticas. Além dessas questões, outras novas vão surgindo de acordo com a realidade sociocultural vivenciada nas sociedades modernas, fragmentando as relações sociais e culturais de classe, raça, gênero, sexualidade, etnia e nacionalidade, provocando crises existenciais e no meio social.

## 5 BUSCANDO RUPTURAS E DESCONTINUIDADES HISTÓRICAS SOBRE O USO DE DROGAS NO BRASIL

“[...] cabe ao historiador reencontrar, a partir desses pontos isolados, dessas rupturas sucessivas, a linha contínua de uma evolução [...].” (FOUCAULT, 2008, p. 150).

Esta seção trata de abordagens explicativas sobre o fenômeno das drogas no contexto brasileiro, assinalando ideias dominantes em determinados momentos históricos, os quais podem representar distintos modelos de compreensão sobre as drogas na perspectiva do método *Arqueológico de Foucault*, centrando-se no discurso real e pronunciado em determinados períodos históricos, e sua relação com o discurso brasileiro sobre as drogas. Ressaltando que se faz necessário destacar na discussão a hegemonia imposta pelo enfoque médico na compreensão do fenômeno, a qual recairá em vários campos de estudo como a História e a Antropologia.

Vale destacar que, para esses campos de estudos, os significados são construídos culturalmente e determinados socialmente, de forma que o indivíduo constrói um sistema de sentidos expressos pela sociedade e também é construído a partir dele, historicamente. Como também, influencia diretamente no reconhecimento de estigmas, preconceitos e discriminação manifestados em toda e qualquer relação e mais especificamente, com sujeitos em um contexto de uso de drogas, principalmente as consideradas ilícitas.

### 5.1 Caminhos da análise arqueológica

Mas porque Foucault? Mas o que na obra de Foucault tanto nos instiga ao pensamento e reflexão sobre a temática proposta nesse estudo? Em uma *história crítica do pensamento*, Foucault define “ciência” enquanto busca por uma forma de investigar quais são os processos de subjetivação e objetivação que tanto discutidamente constituem o sujeito, onde especificamente e quanto o tornam objeto do conhecimento. E, além disto, Foucault acompanha as análises e a percepção de que estas relações entre sujeito e objeto constantemente se modificam, evoluem, dentro dos discursos científicos e jogos de saber que os constituem. Talvez a permanente busca por estas respostas tenha tornado o pensamento de Foucault tão

inquietante e vivo, e ao mesmo tempo tão potencialmente importante para estudos históricos.

Em *Arqueologia do Saber*, Foucault (2009) tem como objetivo explicar um ousado método de investigação, a análise arqueológica, que visa entender a ordem interna que constitui um determinado saber, implicando uma nova maneira de fazer história que eleva tudo o que as pessoas disseram e dizem a respeito do acontecimento. A história, em sua forma tradicional, propõe-se a "memorizar" os monumentos do passado, convertê-los em documentos que dificilmente são verbais, onde se decifravam rastros deixados pelos homens, onde se tentava reconhecer em profundidade uma massa de elementos que devem ser isolados, agrupados, tornados pertinentes, inter-relacionados, organizados em conjuntos.

Na arqueologia, cria-se uma realidade discursiva do que foi dito para determinar um saber, para isso, faz-se necessário transitar por diferentes formulações conceituais, pertencentes a diferentes saberes. Método esse, firmado em alguns conceitos centrais por ele articulados como: discurso, prática discursiva, enunciado, formação discursiva e saber, entre os principais, esses conceitos têm como ponto culminante as análises.

Relativo a esses conceitos, torna-se imprescindível conhecê-los para melhor entendimento do pensamento foucaultiano:

Chamaremos de discurso um conjunto de enunciados, na medida em que se apoiem na mesma formação discursiva; ele não forma uma unidade retórica ou formal, indefinidamente repetível e cujo aparecimento ou utilização poderíamos assinalar (e explicar, se for o caso) na história; é constituído de um número limitado de enunciados para os quais podemos definir um conjunto de condições de existência. O discurso, assim entendido, não é uma forma ideal e intemporal que teria, além do mais, uma história; o problema não consiste em saber como e por que ele pôde emergir e tomar corpo num determinado ponto do tempo; é, de parte a parte, histórico - fragmento de história, unidade e descontinuidade na própria história [...]. [...] 'prática discursiva' [...]; é um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa. (FOUCAULT, 2009, p. 132-133).

Sobre o Enunciado, inicialmente pode-se denominar como sendo qualquer frase ou proposição. Porém, Foucault define enunciado enquanto função de existência, no entrecruzamento de um domínio de estruturas e de unidades possíveis. O enunciado não pode estar ligado somente a uma frase, já que a ligação

entre enunciado e aquilo que ele enuncia, o referencial, é variável conforme as realidades materiais no espaço e no tempo vigente. Assim, o enunciado depende de uma materialidade, que é sempre de ordem institucional, no sentido de uma estrutura de poder. Todos os discursos possuem um aporte histórico e institucional. Pode-se afirmar que um sujeito, quando ocupa um lugar institucional, faz uso dos enunciados de determinado campo discursivo segundo os interesses da época vigente. Além destes fatores, há outro bem no centro dessa discussão, é a compreensão de que o discurso é uma prática, que constrói seu sentido nas relações e nos enunciados existentes.

A proposta de Foucault vai em busca das regularidades existentes por trás da dispersão de elementos – dispersão com um sentido também de diferença. Regularidades essas que são resultado de um processo de formação discursiva. Nas palavras de Foucault (2009, p. 43, 133) pode-se ver então, o conceito-noção de *formação discursiva*:

No caso em que se puder descrever, entre um certo número de enunciados, semelhante sistema de dispersão, e no caso em que entre os objetos, os tipos de enunciação, os conceitos, as escolhas temáticas, se puder definir uma regularidade (uma ordem, correlações, posições e funcionamentos, transformações), diremos, por convenção, que se trata de uma *formação discursiva*. [...] Pode-se dizer que a demarcação das formações discursivas, independentemente dos outros princípios de possível unificação, revela o nível específico do enunciado; mas pode-se dizer da mesma forma, que a descrição dos enunciados e da maneira pela qual se organiza o nível enunciativo conduz à individualização das formações discursivas [...]. Um enunciado pertence a uma formação discursiva, como uma frase pertence a um texto, e uma proposição a um conjunto dedutivo. Mas enquanto a regularidade de uma frase é definida pelas leis de uma língua, e a de uma proposição pelas leis de uma lógica, a regularidade dos enunciados é definida pela própria formação discursiva [...].

Desta forma, pode-se afirmar que, é partindo do momento que as análises são entendidas, conforme mostrado, que o trabalho do pesquisador, enquanto arqueólogo do saber deve ser jogado para fora do discurso propriamente dito. Permitindo que a arqueologia possa se relacionar a diferentes articulações e formações discursivas com as práticas econômicas, políticas e sociais vigentes.

E finalmente, relativo ao saber, Foucault diz que toda forma de saber possui uma positividade, porém, esta positividade não está condicionada a cientificidade, que não se confunde com a ciência, mas que pode englobá-la. A análise arqueológica terá como objetivo especificar um método de investigação que

visa entender a ordem interna que constitui um determinado saber. Saber esse que deve transitar por diferentes formulações conceituais, pertencentes a diferentes saberes.

Assim, pode-se dizer que nem toda formação discursiva poderá se constituir em um discurso científico, porém, esta mesma formação não será diminuída de sua positividade, nem de sua capacidade de formar objetos, enunciações, jogos conceituais e escolhas temáticas e teóricas, visando a construção de proposições, descrições, verificações e teoria. Assim, na perspectiva de determinar diferentes saberes relativos às drogas, faz-se necessário, transitar pelas formulações históricas, culturais e teóricas da pesquisa, firmadas aos conceitos centrais do método arqueológico e por ele articulados à temática desse trabalho, como: discurso médico sobre substâncias psicoativas; a prática discursiva sobre o uso de drogas; o enunciado usado sobre drogas; as formações discursivas de marginalizados, desequilibrado, doente e o saber construído enquanto estratégias educativa, sendo esses os principais conceitos a serem analisados arqueologicamente nesse trabalho.

Pretende-se, com o desenvolvimento desse estudo, a compreensão do fenômeno das drogas mediante discussão e análise de como se dão as relações socioculturais das drogas diante de suas rupturas e respectivas descontinuidades históricas, possibilitando a determinação de diferentes saberes relativos a discursos preconceituosos e excludentes sobre o uso de substâncias psicoativas.

Historicamente, foi na primeira metade do século XX que a problemática das drogas no Brasil passou a ser afetada por dois pontos históricos acontecidos a nível mundial, sendo o primeiro a revolução industrial, o segundo a aliança entre a medicina psiquiátrica e o Estado, e por fim, as mudanças e implicações das transformações nos costumes do povo brasileiro, determinando também novos padrões de uso das drogas, assim os significados em torno desta enquanto fenômeno e normatização do uso foram centrados na questão da ilegalidade, da repressão e da abstinência, conforme o que estava exposto nas convenções internacionais de drogas alinhadas à política proibicionista dos Estados Unidos. Paralelo a isso, o Brasil adentrava em um período de modernização, tendo como objetivo políticas de repressão às drogas consumidas pelos tidos marginalizados, no caso, pobres, negros e prostitutas.

O alcoolismo, a toxicomania e a noção de degeneração no abuso de álcool e outras drogas firmaram-se presentemente no discurso da medicina científica, fazendo ligação da dependência e do uso de drogas em uma patologia específica decorrida de fatos com uma gama de representações sociais moralistas, cercadas por numerosos preconceitos que se tornaram responsáveis pela condenação do uso de determinadas substâncias graças à capacidade do médico e do farmacêutico de adequarem um forte discurso moral ao uso de substâncias psicoativas e conseqüentemente a uma percepção exclusivamente negativa sobre elas. Países como a Finlândia e os Estados Unidos, representações civis, religiosas, políticas e principalmente científicas, assumiram um sentido moral ao álcool e ao ópio, que antes na história tinham um papel importante na economia no período que seguia a revolução industrial e o processo civilizatório que estava em andamento nesses países, onde o consumo de drogas foi ligado à improdutividade no trabalho e a comportamentos tidos como imorais para a época. Desencadeando um processo internacional de normatização do uso de substâncias psicoativas, dando início à Era proibicionista<sup>14</sup>, embora paralelo a isso enaltecesse outras drogas como a cocaína, o café, a heroína que passam a ser vistas de outra forma. (CARNEIRO, 1993).

Partindo desse princípio, no Brasil, o Estado assimilou como forma de abordagem às drogas, duas vertentes: uma punitiva para as drogas ilegais e outra mais liberal para as drogas consideradas lícitas como o tabaco, a cerveja e as medicações calmantes e antidepressivas. A contribuição da Medicina e da Psiquiatria foi definitiva na construção da droga enquanto problema no Brasil principalmente no campo jurídico, servindo inclusive de influência no debate público. (FIORE, 2005).

Os primeiros estudos brasileiros realizados pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro sobre o estado mental dos usuários de álcool e ópio foram relacionados ao uso especificamente da população pobre, negra e à condição desses enquanto raça inferior, sendo estes estudos também considerados muito próximos à loucura. No campo da saúde mental, o discurso médico juntamente com a psiquiatria tinha como base o entendimento da loucura, do comportamento urbano civilizado e dos ideais do iluminismo francês e de toda a Europa no século XVII.

---

<sup>14</sup> Esse paradigma originou-se nos EUA, no início do século passado como resultado da aliança entre os modelos explicativos vindos da medicina e da farmacologia, como também do ponto de vista jurídico-legal. (ESCOHOTADO, 1995).

Partindo destes parâmetros, os médicos brasileiros identificavam como “desvios” psíquicos, os hábitos e comportamentos da população em geral. Assim, tanto o discurso médico social, como o de outras esferas intelectuais, encontrava nessas práticas tão diferentes do modo europeu, o lado primitivo e incivilizado da sociedade brasileira motivada pela hipótese de que no mundo industrial os indivíduos de cultura primitiva seriam mais suscetíveis à loucura.

Foucault, em *A História da Loucura na Idade Clássica* (publicada em 1961), realiza uma ousada abordagem em relação ao pensamento hegemônico sobre a loucura do século do XV ao século XX na Europa relativa ao problema da loucura. Ele mostra que no século XX, dispõe-se como tema crucial o “século que coloca a subjetividade sob suspeita”, produzindo crises nas relações: razão-desrazão como sinônimo de acerto-erro, ou normal-anormal, ou ainda, sanidade-patologia.

A obra *História da loucura no século XIX*, também de Foucault, onde a psiquiatria surge como uma novidade, se relacionando com o que se chamavam de “males da cabeça” ou “doenças nervosas”. Então, o surgimento da psiquiatria produziu uma perceptível modificação nos conceitos, temas, jogos de relações entre a hospitalização, internamento, regras de exclusão social e da moral na sociedade vigente. Na idade clássica, Foucault reflete sobre a existência de uma produção nas formas de relação com a loucura, como a “alienação mental” e posteriormente como “doença mental”, que transformam a experiência que se tinha da loucura em doença. Até o século XV, provavelmente a primeira forma de exclusão social de indivíduos considerados problemáticos ou marginais, no período renascentista, foi a prática de isolamento da lepra, colocando a figura do leproso como personagem maldito, ocasionando dessa forma, a rejeição que causou no imaginário social para outras figuras sociais, passando assim, a significar este mesmo lugar como depositário de mazelas e terrores. Os leprosários cresceram aos milhares por toda a Europa do século XV ao século XVII, no entanto, uma estranha regressão da lepra estabeleceu um vazio por toda parte, nessas cidades malditas, a infecção regrediu e a doença sumiu do horizonte social, deixando desabitados esses espaços de exclusão. Assim, começa *A História da Loucura*, se referindo a uma prática de exclusão que já existia desde antes do século XV, isto é, a partir da exclusão do leproso.

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da

exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e ‘cabeças alienadas’ assumirão o papel abandonado pelo lazarento, [...]. Com um sentido inteiramente novo, e numa cultura bem diferente, as formas subsistirão [...]. [...] de fato, a verdadeira herança da lepra não é aí que deve ser buscada, mas sim num fenômeno bastante complexo, do qual a medicina demorará em se apropriar. Esse fenômeno é a loucura. Mas será necessário um longo momento de latência, quase dois séculos, para que esse novo espantalho, que sucede à lepra nos medos seculares, suscite como ela reações de divisão, de exclusão, de purificação que, no entanto, lhe são aparentadas de uma maneira bem evidente. Antes de a loucura ser dominada, por volta da metade do século XVII, antes que se ressuscitem, em seu favor, velhos ritos, ela tinha estado ligada, obstinadamente, a todas as experiências maiores da Renascença. (FOUCAULT, 1978, p. 6-8).

A exclusão assumiu uma nova forma, por meio de uma nova necessidade de ordenação do espaço público. O “Grande Enclausuramento” que abrigava prostitutas, libertinos, sífilíticos, doentes venéreos, desafetos do Rei, doentes moribundos, mendigos, andarilhos, desordeiros, loucos e todo tipo de marginal. Este internamento do louco na época clássica não colocava em questão as relações da loucura com a doença, mas sim, no sentido de eliminar a desordem e impor a ordem pública. A instituição de reclusão e isolamento do indivíduo louco, chamado “asilo de alienados mentais”. Acreditava-se que, através do asilo e do isolamento terapêutico aliado ao tratamento moral, seria possível “descobrir a verdade da doença mental”. A classificação é essencial para a constituição do alienismo enquanto ciência, também chamado de medicina mental, juntamente ao asilo de alienados mentais, instituição destinada à cura do alienado mental que perdeu o juízo de si e o juízo da realidade. O alienista é o médico reto e obstinado a aniquilar as ilusões do indivíduo alienado, liberando-o de sua perda do juízo e resgatando sua razão perdida e a capacidade de julgamento, de discernimento entre loucura e realidade.

[...] O grande médico do asilo – seja ele Leuret, Charcot ou Kraepelin – é ao mesmo tempo aquele que pode dizer a verdade da doença pelo saber que dela tem, e aquele que pode produzir a doença em sua verdade e submetê-la, na realidade, pelo poder que sua vontade exerce sobre o próprio doente. Todas as técnicas ou procedimentos efetuados no asilo do século XIX – isolamento, interrogatório particular ou público, tratamentos-punições como a ducha, pregações morais, encorajamentos ou repreensões, disciplina rigorosa, trabalho obrigatório, recompensas, relações preferenciais entre o médico e alguns de seus doentes, relações de vassalagem, de posse, de domesticidade e às vezes de servidão entre doente e médico – tudo isto tinha por função fazer do personagem do médico o ‘*mestre da loucura*’; aquele que a faz se manifestar em sua verdade quando ela se esconde, quando permanece soterrada e silenciosa, e aquele que a domina, a acalma e a absorve depois de a ter sabiamente desencadeado. (FOUCAULT, 1979, p. 122).



Dessa forma, o indivíduo que perdeu a razão, o louco, deve ser isolado no asilo para recuperar a sua razão e assim libertar-se de sua loucura. Posteriormente, o asilo de alienados se transformou em hospital psiquiátrico. (FOUCAULT, 2009).

Percorrendo a história da psiquiatria no mundo e o interesse da medicina em gerir a saúde da população como uma instância normativa, as questões política, econômica e científica nos séculos XVI e XVII são caracterizadas pelo mercantilismo; o século XVII, período da “grande internação” e século XVIII, com o surgimento da “grande internação” texto *O Nascimento da Sociedade da Medicina Social*, em sua obra *Microfísica do Poder* (2007).

Na história da psiquiatria no mundo, a medicina sempre teve interesse em gerir a saúde da população como uma instância normativa. Foucault no seu texto *O Nascimento da Medicina Social*, em sua obra *Microfísica do Poder* (1979), apresenta que na medicina é onde encontra-se um dos “saberes” estratégicos centrais da análise foucaultiana do biopoder. Os corpos são usados através da medicalização, da disciplina e da regulação das subjetividades.

[...] a biopolítica é a maneira pela qual se tentou desde o século XVIII, racionalizar os problemas propostos à prática governamental, pelos fenômenos próprios a um conjunto de seres vivos, constituídos em população: saúde, higiene, natalidade, raças. Sabe-se o lugar crescente que esses problemas ocuparam, desde o século XIX, e as questões políticas e econômicas em que eles se constituíram até os dias de hoje. (FOUCAULT, 1997, p. 89).

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica. (FOUCAULT, 2007, p. 80).

Percebe-se especificamente nas obras apresentadas de Foucault, que a hospitalização transformou o lugar social do louco e da loucura, não se restringindo apenas à captura do louco pela medicina, mas inclui a construção de um contexto social e cultural de como lidar com o louco, a loucura, a diferença e a diversidade.

Como perfeita descrição dessa realidade histórica também no Brasil, há a chocante história de vida de Austregésilo Carrano Bueno (2001) apresentada no livro

*O canto dos Malditos* e posteriormente em forma de filme *O Bicho de Sete Cabeças*<sup>15</sup>, que nos leva a uma forte reflexão sobre o processo de constituição na definição do uso de drogas como loucura – doença mental e posteriormente em crime no sentido de possibilitar repensarmos novas formas de relação com a mesma, para além da psiquiatria, da psicologia e da justiça, tendo como referência as experiências subjetivas dos sujeitos envolvidos em todo esse processo.

O autor narra sua própria experiência com os brutais tratamentos dentro do sistema psiquiátrico, e também denuncia todas as monstruosidades do sistema psiquiátrico brasileiro. Austregésilo Carrano passou por quatro instituições psiquiátricas, ficando internado durante três anos. Foi submetido a 21 aplicações de eletrochoques. As sessões de eletroconvulsoterapia resultaram em fissuras na base craniana. Os eletrochoques tinham uma voltagem entre 180 a 460 volts e eram aplicados nas têmporas. Em caso de desmaios, aumentava-se a carga até o paciente ter convulsões. O excesso de sedativos, fez com que Carrano ficasse com a arcada dentária comprometida, restando-lhe apenas dez dentes que aos poucos foram caindo. No período em que passou internado, Carrano escreveu um diário. Em suas anotações, o rapaz compartilhava a rotina de torturas na qual os pacientes dos manicômios eram acometidos. Ele declara:

Este caderno, eu guardava em segredo, enrolado em minhas roupas. Tinha receio de que o tirassem de mim. Escrevia no banheiro ou, quando estava só, no quarto. Com dificuldade em segurar a caneta, desenhava as letras. E nem sempre conseguia terminar de escrever a palavra. Essas sedações quase que generalizadas, são, sem dúvida, uma prova de enorme desleixo. É comum um número grande de pacientes altamente sedados dentro das instituições. Usar droga em massa, como se faz com paciente desses hospitais-acionistas de laboratórios químicos, é um crime contra os direitos humanos. (CARRANO, 2001, p. 143).

---

<sup>15</sup> *Bicho de Sete Cabeças* foi um filme de drama brasileiro (2000), dirigido por Laís Bodanzky e com roteiro de Luiz Bolognesi baseado no livro autobiográfico de Austregésilo Carrano Bueno, *Canto dos Malditos*. foi amplamente aclamado de um modo geral, recebendo vários prêmios e indicações, dentre eles, o Prêmio Qualidade Brasil, o Grande Prêmio Cinema Brasil e o Troféu APCA de "Melhor Filme", além de ser o filme mais premiado do Festival de Brasília e do Festival do Recife. O filme foi de grande importância no campo da psiquiatria, por possibilitar uma nova maneira de pensar sobre as instituições psiquiátricas no Brasil que teve um de seus pontos positivos a aprovação pelo Congresso Nacional uma lei que proíbe a construção de instituições com características asilares. Em novembro de 2015, o filme entrou na lista feita pela Associação Brasileira de Críticos de Cinema – Abraccine, como sendo um dos 100 melhores filmes brasileiros de todos os tempos.

Os escritos de Carrano resultaram em um livro que além de descrever os maus-tratos e violências sofridas pelos internos de hospícios, Carrano também nomeia os médicos e as instituições responsáveis por cometer tal incivilidade.

Pode-se analisar que, no Brasil, na primeira década do século passado foi a medicina quem assumiu tanto a parte administrativa quanto o controle da rede hospitalar, incluindo o tratamento dos alienados mentais. Assim, a medicina higienista em plena conformidade com o Estado aliaram-se ideologicamente nas concepções sobre sociedade e indivíduo, e a polarização dos sentidos entre ordem e desordem, razão e loucura como referência de inserção do cidadão na sociedade.

A medicina sanitária após o advento da Proclamação da República, passou a administrar e controlar os serviços da saúde pública brasileira, tendo como forte aliado o crescimento de novas drogas, dentre elas a morfina e a cocaína, atreladas ao engajamento da medicina à indústria farmacêutica, passando, assim, a fortificar a capacidade simbólica do poder de cura a estas. Desta forma, a medicina sanitária tomou a frente do controle da saúde pública brasileira, monopolizando o campo da cura e marginalizando as outras formas de atendimento, sendo também esse período determinante para a institucionalização e legitimação da psiquiatria no que tange a um campo de conhecimento especializado da medicina.

Diante de tão complexas transformações acontecidas na sociedade pós-industrial, percebe-se a forte contribuição dessas para as representações e significados do modelo sociocultural de compreensão e regulação do uso de drogas no Brasil. Como também, do ponto de vista de grande parte da produção científica da época sobre o tema, priorizando o contexto e o desenvolvimento histórico e social do fenômeno, as pesquisas sócio – culturais exaltam as questões morais em torno da proibição e da discriminação de determinadas drogas quando relacionadas somente à saúde do usuário, justificando prioritariamente a proibição e a atenção da sociedade sobre esse uso. (ADIALA, 2011; CARNEIRO, 1993). Revela-se como referência disso, o fim da segunda ditadura militar em 1985, o qual o modelo proibicionista, que foi incorporado à saúde pública, passou a ser problematizado pela sociedade e somente com a volta da democracia foi que as ciências médicas e humanas tiveram oportunidade de abordar, de forma mais aberta, as discussões das políticas públicas sobre drogas, refletindo significativas mudanças na abordagem sobre o tema enquanto fenômeno sociocultural.

No Brasil, as representações vigentes até a década de 1960 contribuíram com a estigmatização de determinadas substâncias; as imagens construídas sobre os usuários e seus respectivos grupos de consumidores continuaram atreladas aos paradigmas já estabelecidos nas primeiras décadas, reproduzidas com os mesmos discursos anteriores e representadas na figura do toxicômano, como sendo um sujeito que vive à margem, fora do mundo real, um escravo à procura de drogas, que para manter o vício seria capaz de praticar crimes horrendos, reforçando a face demoníaca do uso das drogas e para o acirramento de políticas de repressão e criminalização do seu uso. (VARGAS, 1993).

Como modelo desses tipos de representações sobre as regras na sociedade tem sua criação, sua imposição e repercussão negativa de tal atitude. A dissertação de mestrado defendida por Domanico em 2010, intitulada *Craqueiros e cracados: bem-vindos ao mundo dos nóias!*, trata-se de um estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de *crack* nos cinco projetos-piloto do Brasil, onde destacou o *pânico moral* disseminado sobre o uso de drogas e mais especificamente o *crack*, onde a autora apresenta o uso do *crack* como sendo um dos vários tipos de reações da sociedade, iniciadas na década de 1990 quando o *crack* surgiu de forma epidêmica na cidade de São Paulo. Para ela, tudo isso foi criado e colocado de forma impositiva pelos empresários morais. (FERREIRA, 2014).

A tese tem um título fantasia – *Craqueiros e cracados: bem-vindos ao mundo dos nóias!* –, mostrando que “craqueiro” é um termo usado para se referenciar os usuários de *crack*, e “cracados” é um termo criado por um grupo de técnicos para se referirem às pessoas que trabalham com usuários de *crack*. Bem-vindos ao mundo dos nóias, diz respeito ao “mundo” do uso de *crack* também usam o termo “nóia” tanto para referenciar o usuário como para referenciar o efeito causado pelo uso. Afirma, também, que essas regras são fundadas no surgimento de um fenômeno social, tido pela sociedade como um problema que deve ser resolvido como um mal a ser eliminado. Mas o mal não é eleito aleatoriamente, ele tem motivos para assim ser considerado. (FERREIRA, 2014).

Quando surgiu o *crack* e seu uso foi disseminado entre a população de rua nas grandes metrópoles e os efeitos do seu uso ficaram muito visíveis à população em geral (magreza causada pela desnutrição, sujeira causada pelo uso

das drogas durante vários dias consecutivos, pequenos delitos para compra de drogas e fissura pela ausência dela), a justificativa ficou simples para o criador de regras porque, como o efeito do uso de *crack* ficava evidentemente associado como algo ruim, ele conseguiu apoio de várias instituições para a criação de regras, como por exemplo, “eliminação do *crack*”, “salvação do craqueiro”, “proteção dos(as) filhos(as) das craqueiras” etc. Até hoje, ouvem-se histórias sobre usuários que fumaram uma vez e já ficaram totalmente dependentes, ou que fumaram uma vez e sua vida acabou etc. (DOMANICO, 2010, p. 24).

Conforme a autora, os empresários morais estão divididos em duas classes: os criadores (são os que se dedicam aos conteúdos das regras), como médicos, psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais; e os impositores (são os que cuidam do cumprimento das regras), como sendo a polícia, juntamente com a mídia, podendo inclusive verificar a atuação desses empresários morais no pânico moral por meio de quatro eixos de sustentação (*apud* PERITTI - WATEL, 2005):

- a) O exagero dos fatos – a maneira como a mídia e os técnicos da saúde tratam o assunto;
- b) A amplificação por associação – um fator está atrelado como consequência de outro;
- c) Profecias da desgraça – que são totalmente prejudicados socialmente;
- d) A simbolização – quanto aos fatores relativos ao estereótipo de usuários de *crack* no papel de desviante.

Para a autora Domanico (2010), o processo de formação da percepção do usuário de *crack* de si e também a do trabalhador de saúde a respeito deste usuário é construído a partir da teia relacional inerente à interação do mencionado usuário com o meio social. Nessas interações há um sistema de tensões que afetam a posição singular de cada sujeito do processo (usuário e trabalhador). Dentro desse sistema eles são simultaneamente produzidos e produtores do imaginário social sobre o uso de *crack*. (FERREIRA, 2014).

Como mencionado na tese ora exposta, o sujeito usuário de drogas, quer sejam lícitas ou ilícitas, estabeleceu, há muito tempo, uma correlação com culpas morais e sociais de difícil rompimento. Desse modo, permanecem no imaginário social representações e processos de estigmatização que retroalimentam essas correlações. Domanico (2006) considera a “epidemia do *crack*” resultado da política

de proibição das drogas e da ausência de insumos químicos, como éter e acetona essenciais à transformação da pasta base em cocaína, ocasionados pelo controle governamental dos Estados Unidos, fazendo, então os traficantes produzirem uma forma menos pura, porém bem mais vendável. (FERREIRA, 2014).

Conforme alguns estudos, o padrão compulsivo não é a única modalidade de uso do *crack*, tem padrões de uso controlado, caracterizado como racional e não diário, com consequências individuais e sociais não tão severas como o estereótipo divulgado principalmente pela mídia de um sujeito totalmente improdutivo, agressivo e descontrolado. O padrão compulsivo não pode ser estabelecido como a única modalidade de uso do *crack*, sendo passíveis ou não de compulsão, ou mesmo, que nem todos os usuários de *crack* tornam-se compulsivos. (OLIVEIRA, 2009). Entretanto comportamento compulsivo também pode estar nas formas de compulsão sexual, alimentar, compras, jogos, na cleptomania e vários outros tipos de comportamentos disfuncionais.

Para Zinberg (1980), os efeitos do uso de substâncias psicoativas não dependem exclusivamente das suas propriedades químicas, mas proporcionalmente das atitudes, da personalidade de quem está usando (*set*) e do meio físico e social que acontece esse uso (*setting*).

Sobre os discursos médicos aponta-se também a análise feita por Maurício de Fiore sobre o uso de drogas na atualidade, a qual ordena a produção e a reprodução de discursos sobre essa temática, por meio de dados coletados em entrevista, eventos, publicações e imprensa. O autor propõe compreender alguns aspectos contemporâneos de uso das drogas, tendo como uma de suas principais vertentes nessa reflexão a “medicalização”, entendendo-a como fundamental na composição de um dispositivo do uso de “drogas”, que ordena a produção e reprodução de discursos sobre o tema. Aponta categorias, conceitos e concepções que moldam a visão da medicina, buscando-se no momento, apenas a homogeneidade que envolve esses discursos. (FIORE, 2005).

Em seu trabalho, toma como foco os discursos usados na medicina, coletados em vários contextos “que vigora na sociedade ocidental, do qual a medicina participa como “sócia-fundadora”. Embora a dimensão dessa discussão tenha um alcance mundial, o autor faz um recorte em hora à realidade brasileira.

O reducionismo de colocar a droga como avassaladora e o usuário estereotipado como um sujeito submetido aos desejos da substância, levando-o à marginalização, encobre alguns reais problemas estruturais da sociedade, criando um inimigo imaginário, que é útil para a manter *status quo*, ou seja, a situação atual das coisas. (MACRAE, 2010),

Tem-se a década de 60 como um período que representa um marco divisor sobre a temática das drogas, a partir de então, nas últimas décadas do século XX a abordagem normativa e repressiva do modelo proibicionista entra em crise, e paralelo a isso entra em ascensão a importância da psicologia social e dos estudos das ciências sociais na compreensão do uso de drogas enquanto fenômeno, desmistificando a questão como algo estritamente patológico. Onde há autores que trabalham com a possibilidade desse consumo acontecer de forma natural ou comum a determinados contextos social ou cultural. (CARLINI, 1980; VELHO, 1980). E foi no período da década de 1980 que o sociólogo Antônio Escotado com a publicação da trilogia *Historia de las drogas*, tornou-se um marco da literatura ibero-americana sobre o tema das drogas, contribuindo significativamente para a compreensão da trajetória histórico-social do fenômeno das drogas e para a ruptura com o paradigma dominante, caracterizado como proibicionista.

Discordando do discurso hegemônico, o autor advertia que, até o século XIX, a concepção médica sobre o uso de drogas era bastante distinta da atual como um fator importante na determinação dos resultados do uso de tais substâncias seria a quantidade utilizada, assim como a intenção daquele que as administrava, e não as substâncias em si. Para Escotado (2004), o modelo jurídico-médico, conhecido por proibicionista com base de normas jurídicas, proibitivas e punitivas sobre o uso de substâncias psicoativas, foi criado inicialmente no campo moral e somente depois assumido pela medicina e pela farmacologia, embora advindos de contradições sob as concepções médicas do século IX. Paralelo a isso, o abandono do termo *Pharmakon* ocasionou em denominações tecnicamente ainda mais imprecisas quanto narcóticos e entorpecentes que antes eram usados para sedativos e calmantes como os opiáceos, designados para todas as substâncias psicoativas proibidas, teve como consequência a associação do seu uso à criminalidade e às atitudes tidas como antissociais da época.

Assim, emergiram como elementos norteadores os estudos nos campos das Ciências Sociais e da Antropologia no que diz a trajetória de definições, tanto dos discursos médicos, quanto nas práticas históricas e culturais sobre drogas no Brasil, onde esse uso passou então a ser percebido como objeto de estudo antropológico, respeitando os aspectos históricos, sociais e culturais de determinados contextos. Fiore (2002), grosso modo, propõe o estudo antropológico sobre as drogas no Brasil, a partir de algumas divisões na diversidade de estudos sobre a temática das drogas, para o uso de substâncias psicoativas entre sociedades indígenas, extintas ou não. (COELHO, 1976). Para os rituais “tradicionais” que envolvem uso de psicoativos, como o *ayahuasca* ou rituais afro-brasileiros (LABATE, 2000; MACRAE, 1992) e para o uso de psicoativos no meio urbano, relacionados ou não com rituais religiosos. (MACRAE; SIMÕES, 2000; VELHO, 1998).

Percebe-se que a busca de se definir o uso de drogas enquanto patologia pela medicina é necessário que se faça uma profunda reflexão sobre o conceito de doença relativo ao uso de drogas na tentativa de distinguir o consumo da dependência como centro dos limites de um determinado uso patológico enquanto doença, conforme descreve Fiore (2002, p. 11):

Para a análise da patologia, se deve, primeiramente, refletir a respeito do conceito de doença utilizado com relação ao uso de ‘drogas’. Como já foi dito, a preocupação com os excessos no consumo do álcool começaram ainda no século XVIII. Não era a própria bebida, mas sim o ‘bebedor-problema’ que importava, visto como um degenerado. Eram imputando-lhe diversos adjetivos e classificações médicas, inclusive ‘doente’. Sua ‘doença’ agregava, é verdade, degeneração física, mas esta era indissociável de seus aspectos morais, culturais e raciais que demarcavam seu caráter. No decorrer do século XX a medicina vai progressivamente considerar o alcoolismo e a dependência de outras drogas como uma entidade nosológica específica, ou seja, uma doença que poderia ser diagnosticada independentemente dos antigos critérios morais e raciais.

Autores como Gilberto Velho (1981), Macrae (2010) e Bucher (1992) enfocam a necessidade de debate público relativo às falsas ideias autoritárias e preconceituosas que produzem desqualificação, demonização e estigmas do usuário de drogas, desemborcando em subculturas e marginalização de sujeitos.

Os discursos médicos, como também os serviços de saúde precisam estar conscientes de os próprios serviços reproduzir tais estigmas. Partindo para os aspectos institucionais da medicina relativos ao uso de drogas no Brasil, constata-se



que somente a partir de 1976 foi que a Lei de Tóxicos começou a ser uma norma penal em branco, significando que, desde esse momento, fica sob a responsabilidade do Ministério da Saúde toda a regulamentação relativa a quais substâncias deveriam ser controladas ou proibidas. Em relação ao aspecto jurídico, o Decreto nº 2.632/12 (1998) criou a Senad (Secretaria Nacional Antidrogas) e o Conad (Conselho Nacional Antidrogas), os quais formam em conjunto, o Sistema Nacional Antidrogas. A Senad, instituição do Executivo Federal Antidrogas, vinculada diretamente ao Gabinete de Segurança Institucional do Presidente da República, gradualmente estimula e financia estudos médicos-epidemiológicos, mas, em nenhum momento, o Cebrid passou a ser referência em relação a pesquisas e a dados quantitativos sobre consumo de substâncias psicoativas com expansão nacional.

Pode-se dizer que em modo geral, a cultura do uso de substâncias psicoativas se insere no grupo dos marginalizados, considerados sujeitos desviantes dos comportamentos inscritos no imaginário social preconceituoso e discriminante hegemônico. Os desviantes interagem com as condições sociais que lhes são impostas, formando suas próprias maneiras, costumes, modos e rituais de vida. Assim, nasce uma nova forma de fazer história, e o que foi dito impõe uma realidade discursiva, fazendo do ser humano um ser discursivo criado pela linguagem e contexto histórico, onde os sujeitos e objetos não existem inicialmente, ou seja, eles são construídos discursivamente sobre o que se fala sobre os mesmos. Assim, se faz o levantamento de um marco teórico relativo a conceitos-chaves das categorias de transgressão e desvios nas vozes de Howard Becker e Gilberto Velho.

## **5.2 Novo mundo: releitura do uso de drogas no Brasil**

As relações estabelecidas entre o homem e as drogas, bem como o significado atribuído a elas, ganham diferentes dimensões a partir das transformações políticas, culturais e históricas que ocorreram no mundo, mais especificamente no Brasil. A força medicinal, a ação visionária e as sensações de prazer que elas provocavam foram fatos suficientes para serem considerados em estudos relacionados como objetos de diversos campos históricos. (SANTOS, 1995). Porém, é necessário compreendermos que foi com base na propagação negativa dos discursos médicos que essa problemática recebeu maior visibilidade em relação à

complexidade, discursos que implicam mudanças nos vários aspectos socioculturais relativos ao fenômeno na condição de objeto de estudo na antropologia e história.

Na Europa, em meados do século XVI, médicos e boticários renascentistas estudavam novas e velhas plantas em busca de cura para as doenças da humanidade. Com a descoberta pelos cientistas de métodos para isolar princípios ativos dos vegetais, descobriu-se nesse período que eram os alcaloides a “essência” de várias drogas antigas, sendo então despertado novamente o interesse pela coca, planta específica do “Novo Mundo”. Colonizadores espanhóis criaram logo uma nova forma de ganhar dinheiro, cobrando impostos no comércio interno de circulação da planta ao perceberem que os índios, para suportar o trabalho esgotante nas minas de prata do Peru, consumiam as folhas de coca. Embora tivessem aversão e achassem repugnante sua forma de uso, considerando um hábito selvagem, suspeitavam do efeito estimulante da planta. (HURTADO, 1995).

A partir do século XVII, a expansão da navegação comercial e a ligação de todos os continentes permitiram circular produtos que aguçavam o paladar, como as folhas de chá, a pimenta, o ópio da papoula, as bebidas à base de álcool etílico (destiladas e fermentadas), a maconha e seus derivados (a exemplo da haxixe), o tabaco, o açúcar de cana, o café, a noz-moscada e o chocolate do cacau. Com a chegada de Colombo pela primeira vez a uma ilha da América e o descobrimento do “Novo Mundo”, todas as narrativas descritas inicialmente por espanhóis e portugueses e posteriormente por franceses e ingleses tinham como principais características a curiosidade e o espanto referentes aos hábitos dos nativos – índios – quanto ao tabaco e à planta em pó que fumavam. Eles cheiravam ou usavam essas plantas para fazer bebidas e unguentos, para fabricar remédios, para festejar e comunicar-se com seus deuses e também para diminuir a fome.

O período das grandes navegações, além do descobrimento do tabaco, também ocasionou pela primeira vez na história a circulação das drogas em todos os continentes do mundo, sendo a América o “Novo Mundo” responsável pelo fornecimento de tabaco, da coca, da erva-mate, do guaraná e de uma grande variedade de substâncias alucinógenas e visionárias, através de espanhóis e portugueses, como também por todo esse intercâmbio mundial. Tudo isso seguia tanto para a Europa quanto para a África e a Ásia. Como retorno, o “Novo Mundo”

teria o fornecimento de café, chá, maconha e ópio, drogas já conhecidas havia muito tempo no restante do mundo. (HURTADO, 1995).

Com o desenvolvimento da Química moderna – século XIX –, foi possível extrair e purificar as moléculas dos produtos naturais responsáveis por seus efeitos psicoativos, como nos casos da morfina, do ópio e da cocaína; mais especificamente quanto ao ópio, foi aceito por séculos em diferentes países, chegou um momento em que se desencadeou uma cruzada contra o seu consumo, começando nas Filipinas e expandindo-se depois para outros países numa campanha anti-ópio.

Diante dessas enormes possibilidades de uso das substâncias por médicos, farmacêuticos e fabricantes, as folhas da coca se tornaram um alto e valioso produto no mercado internacional. Os laboratórios posicionaram-se com determinante destaque no início da indústria farmacêutica. Porém, tão rápida quanto sua ascensão foi a descoberta de que a cocaína, igualmente ao álcool e aos opiáceos no século XIX, desenvolvia em seus usuários um consumo compulsivo, ou seja, o nocivo “hábito”, surgindo, assim, as primeiras leis de controle de distribuição, produção e uso de drogas.

O Peru e a Bolívia tiveram grande força, poder e depois declínio nesse período como produtores tradicionais do tão procurado arbusto. Somente os viajantes provavam da substância contida nas folhas e podiam confirmar seus efeitos estimulantes, pois infelizmente as folhas, quando levadas para a Europa, apodreciam em decorrência da longa viagem transatlântica, fazendo com que sua “essência” desaparecesse por completo.

Então, em 1858, o farmacologista alemão Friedrich Wöhler conseguiu receber 15 quilos de folhas curadas, considerado o maior carregamento da planta para a Europa. Em 1860, Albert Niemann, através do método de separação de alcaloides, isolou pela primeira vez a cocaína, confirmando seu poder estimulante, fazendo pela primeira vez a planta entrar na história e virar “moda” em todo o mundo, sendo, a partir de então, sua fórmula utilizada para uma grande variedade de tônicos, xaropes e vinhos, como o vinho “Vin de Mariani”. Depois de enfrentar vários protestos contra as bebidas alcoólicas, o farmacêutico John Pemberton adicionou à coca um xarope de noz-de-cola e lançou a Coca-Cola com o seguinte *slogan* “A bebida dos abstêmios” – a cocaína permaneceu em sua fórmula até 1909.

Para os alemães, no entanto, o interesse voltou-se para as pesquisas com a cocaína pura. Naquela época, algumas das principais empresas químicas e farmacêuticas eram alemãs.

Emanuel Merck, pioneiro na comercialização da heroína, tornou-se um grande produtor de cocaína. Na vanguarda de ciências novas como a química, a bioquímica e a farmacologia, os alemães lideraram uma intensa busca por propriedades medicinais da cocaína. Um dos maiores interessados foi o jovem austríaco Sigmund Freud. Entre 1884 e 1887, ele publicou cinco artigos sobre a substância e tornou-se um fiel consumidor da droga, que injetava com seringas hipodérmicas. Em *Über Coca* (1884), ele descreve a variedade de problemas de saúde que eram tratados com coca ou cocaína naquela época: distúrbios alimentares ou de estômago, anemia, sífilis, tifo e asma. Além disso, a droga era um estimulante físico, mental e sexual e substitutivo para o 'hábito' em álcool e morfina. A maior contribuição de Freud nesse campo, porém, foi apresentar a substância a um amigo oftalmologista, Karl Köller, que descobriu seu potencial como anestésico local. Essa propriedade seria a única aplicação legítima e duradoura da cocaína. Na época ela ajudou a revolucionar as cirurgias de olhos e garganta, impossíveis de serem realizadas sem anestesia. (ARAÚJO, 2012, p. 46).

Nesse mesmo período, nos Estados Unidos, sentimentos racistas estimularam campanhas de proibição da cocaína, tida como a droga mais usada por negros e a principal causa de violência deles contra os brancos. A cocaína iniciou seu declínio em meados de 1920, sendo considerada como a droga das populações marginalizadas, voltando a ser largamente usada a partir da década de 1970. Nas décadas seguintes, a prática do uso do cloridrato de cocaína – pó – por aspiração intranasal se expandiu nas camadas sociais médias americanas e europeias, substituindo as anfetaminas e a maconha. Tinha um elevado preço e aumentava mais ainda quando havia repressão do governo, delimitando seu uso às camadas de maior poder social. (ARAÚJO, 2012).

### 5.3 Brasil dos alambiques, fumo de rolo e maconha

Partindo do pressuposto de que o uso de drogas é um fenômeno que se constitui historicamente no decorrer dos tempos e que, ao problematizar a tensão atual no Brasil, torna-se imperativo considerar seus antecedentes históricos, suas rupturas e descontinuidades, é imprescindível também reconhecer sobretudo a diversidade de significados e práticas associados ao fenômeno das drogas, expressos em diferentes sujeitos e domínios histórico-culturais, assim como a interdependência entre esses elementos na historiografia brasileira tendo como ponto de partida o período colonial.

A folha da coca é considerada a espinha dorsal da estrutura cultural da região andina. Seu uso é tido como um forte símbolo de identidade e solidariedade, distinguindo as relações sociais e profissionais e as práticas mágicas dos habitantes dos Andes, não sendo somente um produto, mas também uma herança cultural desses povos. Hurtado (1995, p. 37-38) explica como acontece todo o processo de mastigação das folhas de coca, seus efeitos e indicações:

Coca era e continua a ser mastigada pelos aimarás e quíchuas da Bolívia, Peru e outros países andinos. As folhas não são mastigadas, mas sugadas. O prazo de mascar não é uma apropriação, mas, como é comumente usado, vamos usar este termo ao longo do livro. Esta é uma técnica desenvolvida ao longo dos séculos. Ela consiste em tomar um bocado de folhas de coca sem engoli-los. Estes são previamente descascados das veias para evitar uma ação traumática por estas partes difíceis da folha sobre a mucosa da boca. Mastigar é feito suavemente, tentando não mastigá-los totalmente, apenas o suficiente para romper as membranas celulares em seguida deixá-los dissolver lentamente na saliva. O bolo assim formado (aproximadamente 8-10 g) é deixado em repouso para as gengivas e o revestimento da boca, logo abaixo da saída da conduta excreção da glândula parótida. Quando as meias folhas trituradas são suficientemente umedecidas (10-15 minutos), o mastigador adiciona o llijta ou qualquer outro agente alcalino (tal como o bicarbonato de sódio). O llijta é uma preparação feita de vários tipos de cinzas vegetais, tais como quinoa e banana. A sua finalidade consiste em proporcionar um meio alcalino para maximizar a ação dos alcaloides da folha. Alguns minutos mais tarde, existe um efeito anestésico na mucosa próxima ao bolus e também nas bochechas, língua e garganta. É certo que a ingestão do suco exerce um efeito anestésico sobre o trato intestinal inferior e, ao nível sistêmico. Isso explicaria o costume em países andinos para mastigar folhas de coca ou tomar infusão de coca para aliviar a dor em uma ampla faixa: dores de cabeça, dores de dente, cólica intestinais etc. Seu uso é frequente como um curativo aplicado topicamente sobre as áreas dolorosas, por exemplo, a zona de um osso fraturado ou artrite. Nas relações sociais, sua interação acontece por meio da reciprocidade ou do intercâmbio, como nas petições de matrimônio, solenidades de apresentações de líderes, nomeação de dançarinos nativos, onde é oferecido um punhado de coca de presente no momento do pedido ou negociação, e sua aceitação ou rejeição mostra a

sucesso ou fracasso da mesma. No trabalho, o proprietário da fazenda ao iniciar seu negócio realiza juntamente com parentes, amigos, membros da comunidade e funcionários um ritual de compromisso futuro e homenagem aos antepassados com a Mãe Terra, usando bebidas, cigarros e enterrando algumas folhas de coca. Nos Andes, a diária de trabalho possui três ou quatro turnos, onde a coca é mastigada depois das refeições. A colheita se dá na Bolívia. Nas práticas mágicas, é usada em dois sentidos: no mágico como proteção contra feitiçarias, maldições, para prever o futuro, descobrir doenças e trazer boa sorte no futuro. No sentido religioso, é usada para dar graças pelas bênçãos, boa colheita, saúde e prosperidade, como oferenda aos deuses e todos os rituais tradicionais. Na área andina, todos os tipos de rituais tradicionais são realizados em torno da coca, ela não é um produto, mas uma herança, uma cultura permanente.

Historicamente a partir dos séculos XVI e XVII, com a navegação comercial e a ligação de todos os continentes ao Brasil, mais especificamente na região Nordeste, o grande empreendimento de Portugal foi a agroindústria do açúcar de cana. Porém, a produção desse alimento, infelizmente, vinha da migração escravizada da população negra, sob resultado da dor e sofrimento de milhares de africanos que sucumbiram como escravos nas usinas de açúcar. Eles realizavam intenso trabalho sob pena de maus-tratos e castigos até a morte, sempre em péssimas condições de trabalho, alimentação, saúde e moradia. Nos engenhos, os escravos recebiam como parte da alimentação um melaço chamado “cagaça”, que era retirado da cana durante o processo de fermentação. Com o passar do tempo, a cagaça passou a ser destilada em alambiques de barro, transformando-se em uma bebida de álcool etílico, passando a ser chamada popularmente entre escravos e homens livres de cachaça ou pinga. (ANDRADE; ESPINHEIRA, 2008).

Durante a colonização, atribuíram-se propriedades curativas tanto ao álcool quanto ao tabaco, planta que, antes da chegada dos europeus, era usada pelos nativos em tratamentos e em rituais religiosos, políticos e sociais. Já na Europa, o consumo de tabaco foi, ao mesmo tempo, fortemente criticado pelo cheiro exalado do charuto e admirado pela percepção de que curava enfermidades. No Brasil, até o século XIX, a planta do tabaco foi manuseada para ser consumida de diversas formas, no formato de fumo de rolo e de charuto, no caso, sendo as primeiras versões produzidas pelos colonizadores para se fumar as folhas da planta, seguidas do rapé e do cachimbo. O charuto findou transformando-se em um símbolo de *status* entre os senhores de escravos. (CARNEIRO, 1993).

Ainda no período colonial, encontravam-se junto aos canaviais plantações de tabaco e de maconha crescendo nas sombras da cana de açúcar (MOTT, 1986).

Foi através dos escravos trazidos de Angola e de outras regiões da África que foi introduzida a *diamba* ou *liamba* (como era chamada) nos quilombos – pequenos povoados de ex-escravos que acolhiam os escravos fugidos dos engenhos de açúcar, inclusive brancos libertos. Antes de chegar ao Brasil, a maconha já fazia parte da cultura de diversas sociedades africanas, então gradualmente fumar maconha em grupo foi se tornando também parte da cultura popular na zona rural do Nordeste e Norte do Brasil. Mesmo nas regiões em que havia pouco trabalho escravo, o uso de maconha tornou-se popular, porém os escravos continuaram com as práticas de fumar a diamba, a qual era cultivada e fumada espontaneamente por escravos, ex-escravos, camponeses, barqueiros, pescadores, soldados etc. Se o uso era de caráter místico e de rituais religiosos no início, com o tempo surgiram novas formas de consumo, como as do ópio, e da cura de determinadas enfermidades.

Já no período da revolução industrial e início do século XX, a produção em massa de cigarros menores proporcionou o hábito para as mulheres, como um símbolo de independência da época, e para os homens, como um símbolo de sedução e masculinidade. No final do século XIX, as representações sociais sobre o uso de drogas foram se transformando primeiramente no âmbito internacional, em que os interesses ideológicos, políticos, socioculturais e econômicos da revolução industrial e do capitalismo democrático, motivaram uma nova perspectiva sobre as bebidas alcoólicas e as drogas em geral, por sinal, bastante incoerente com sua realidade disseminada até os dias de hoje, de forma preconceituosa e discriminatória.

Imagem 3 – *Cannabis sativa* de muitas maneiras



Fonte: Araújo (2012, p. 48).

Pode-se dizer que no Brasil existia, de um lado, a produção de bebidas alcoólicas que se modernizava e diversificava; de outro, as elites construíam uma

visão negativa dos efeitos das bebidas alcoólicas, principalmente em relação ao consumo da cachaça entre as classes populares. Com isso, a dinâmica das representações sociais e as mudanças ocorridas com a revolução industrial levavam o Estado a mudar sua atitude, que antes era complacente frente ao uso de bebidas alcoólicas e outras drogas.

Com tudo isso, o problema das drogas e a dependência não eram considerados preocupantes para a sociedade ou para o Estado brasileiro. A própria imprensa relatava as propriedades de cura de enfermidades pelo consumo de bebidas alcoólicas. As pesquisas do período abordavam os males do alcoolismo, do tabaco, do uso excessivo de café e de chá, assim como da prostituição, da loucura e do tratamento moral. As preocupações dos médicos revelavam o desejo pelo controle social, que resultaria na articulação entre a medicina legal e os setores jurídicos. No fundo, o discurso reivindicativo desses médicos sociais tinha como perspectiva organizar, disciplinar e normalizar a cidade em busca da salubridade do espaço urbano em geral. (MITSUKO, 1998).

O Brasil reproduziu o modelo clássico de abordagem das drogas, pouco interferindo no seu uso. Do ponto de vista da legislação sobre o usuário, apenas a embriaguez alcoólica em público era punida com prisão. Não existiam leis específicas para as substâncias psicoativas, categorizando-se todas as drogas como venenos que poderiam ser adquiridos em estabelecimentos autorizados pelo Estado. (FIORE, 2005).

Em 1889, com a Proclamação da República, o Brasil fomentado pela ideologia republicana, disseminou os padrões universais assumidos pela França, Estados Unidos e Inglaterra, em que a organização que servia de sustentação da soberania popular reduziu a representação do povo aos proprietários agrícolas capazes de falar apenas de forma individual, integrando o Brasil ao elenco de países em que predominava uma democracia extremamente hierarquizada com fortes desigualdades sociais. Dentro dessa realidade, o sonho de liberdade, pautado no igualitarismo civil e no respeito aos interesses e direitos individuais, tornou-se utópico para os estratos sociais mais pobres. Assim, deu-se continuidade à estrutura social e política do período monárquico-escravocrata, como também ao domínio dos interesses das elites rurais da época, sendo inevitável a ligação dessa elite social com as novas gerações rurais, com as metrópoles internacionais e



nacionais, estimuladas pela revolução industrial e tendo como consequência a reorganização racional do trabalho, que contribuiu para uma sociedade mais materialista e normatizadora voltada para o consumo de produtos e serviços. (ROMANÍ, 2003). De modo paralelo à revolução industrial, as drogas tornavam-se cada vez mais um produto e mercadoria da modernidade, que produzia novos usos, discursos e significados.

Diante da modernização de costumes dentro e fora do Brasil, a maior ou menor tolerância relativa ao consumo de diferentes substâncias, como as bebidas alcoólicas, o ópio ou a maconha, revelava-se um processo dinâmico. Nesse cenário, os países que se industrializavam, a exemplo de Estados Unidos, Inglaterra, França e Alemanha, atraíam imigrantes de todas as partes do mundo, com novos costumes e formas de uso de drogas, tendo como consequência o surgimento de novos grupos culturais, novas classes sociais e a crise nas formas de controle social.

A expansão do setor da indústria farmacêutica, somada ao avanço científico, teve forte contribuição na diversificação do consumo de drogas no Brasil. Os laboratórios passaram a produzir em escala industrial as substâncias psicoativas produzidas pela natureza; a título de ilustração, há o preparo e a conservação da cerveja com a invenção da serpentina por Louis Pasteur, possibilitando que a cerveja pudesse ser servida gelada em regiões de alta temperatura climática, causando uma sensação de frescor no paladar saboreada até os dias atuais. Na Europa, médicos e boticários renascentistas estudavam novas e velhas plantas em busca de cura para as doenças da humanidade.

Em 1914, o Brasil teve sua primeira legislação republicana, a qual tratava especificamente sobre o uso de drogas, embora seguindo as regras da Convenção de Haia (fazer nota), relacionando o ópio e seus derivados, a cocaína e o éter como substâncias venenosas que deveriam ser controladas pela indústria farmacêutica. Essa medida legislativa foi tida como resposta às críticas da sociedade pelo então presidente Epitácio Pessoa, que recaía sobretudo à vida boêmia das grandes cidades, estimulando os jovens das elites brasileiras a assumirem novos costumes em alta na Europa, dentre eles o uso de cocaína, morfina, heroína, ópio e éter, conhecidos entre eles como “veneno elegante” – drogas exclusivas para quem tinha uma boa condição social. Por outro lado, para identificar “desvios” em atos, hábitos, comportamentos,

crenças e valores, direcionavam as noções ou termos como civilização, raça, sexualidade, trabalho, alcoolismo, criminalidade ou fanatismo religioso.

Em 1919, a proibição nos Estados Unidos da venda de bebidas alcoólicas fora do âmbito das farmácias acabou servindo de influência na criação das ligas antialcoólicas brasileiras, que, em parceria com as ligas de eugenia e de higiene, trouxe questionamentos extremamente excludentes e discriminatórios que problematizaram negativamente o uso de bebidas alcoólicas entre a população pobre, relacionando isso ao crescimento socioeconômico do Brasil por meio das áreas da psiquiatria, jurídica e jornalística. (CARNEIRO, 1993). Essa forma de representação social, ligada à debilidade de determinados grupos ao uso de algumas drogas, como no caso do álcool, paulatinamente foi ampliada para outras drogas, representação essa atrelada ao discurso médico sobre a toxicomania como causa principal da loucura e do aumento da criminalidade entre os brasileiros, tudo isso vinculado a concepções morais, ambientalistas e biológicas da psiquiatria que relacionava comportamentos que parecessem promíscuos ou reveladores à tese de inferioridade racial que defendia.

Consoante a isso, as bebidas alcoólicas, o tabaco e o café passaram a ser objetos de pesquisas nas faculdades brasileiras, como na da Bahia (GONDRA, 2004), em que a médica Nina Rodrigues afirmava que as bebidas alcoólicas produziam efeitos negativos na população mestiça e nos vadios. (FIORE, 2005). Sobre isso, Di Pardo e Menéndez (2002) apontam que não é o álcool como droga o elemento estigmatizado pelas sociedades, mas determinados grupos sociais e comportamentos. Assim, não poderia ser diferente que as populações negras, pobres e de baixa escolaridade terminassem contribuindo com os quesitos de serem reconhecidas como segmentos sociais primitivos, inferiores e perigosos. Com isso, as suas práticas culturais, a exemplo das manifestações típicas da população afrodescendente, como o samba, a capoeira, o candomblé e a maconha, foram proibidas sob a justificativa de que seriam comportamentos primitivos que deveriam ser extintos (FRY, 1978), deixando-se bem claras as intenções do projeto civilizatório que as elites vislumbravam para o Brasil.

Acompanhando a tendência da Europa, o Rio de Janeiro, com o *slogan* “O Rio Civiliza-se”, e várias outras capitais brasileiras passaram a investir nas grandes reformas sanitárias e em avanços urbanos. (WISSENBAACH, 1998).

Especificamente no Rio, essas reformas resultaram no deslocamento da população local e no desencadeamento do fenômeno da favelização, ou mesmo na ampliação das favelas no perímetro urbano da cidade com construções precárias e irregulares, normalmente situadas nos morros e encostas da cidade. A então política pública desse período e suas reformas urbanas refletiam o distanciamento entre o Estado e o cidadão comum, desconsiderando as questões socioculturais constituídas pelos grupos de descendência africana e de migrantes vindos de regiões mais pobres do país, grupo formado majoritariamente por ex-escravos e nordestinos descendentes de soldados que haviam lutado na Guerra de Canudos.

Ao lado das transformações estruturais desse período, na década seguinte, houve o discurso de diversos personagens e o ideário do Movimento Modernista, os quais foram absorvidos conforme os interesses populistas do então presidente Getúlio Vargas, em que, no discurso do Estado, o mestiço passava a assumir nacionalidade, juntamente ao processo de desafricanização de vários elementos culturais disseminados no Brasil e no exterior como sendo um país de democracia racial. (SCHWARCZ, 2000). Torna-se importante ressaltar que, ainda nesse período, o Estado brasileiro assimilou as racionalidades médicas dos Estados Unidos, adotando o modelo contagionista<sup>16</sup> de prevenção e controle de epidemias, reprimindo a venda de drogas ilegais e taxando o usuário como delinquente ou enfermo.

Nos anos de 1930, para Araújo e Moreira (2006), havia fortes semelhanças entre o movimento proibicionista nos Estados Unidos e a proibição do uso de maconha no Brasil. Nesse período, fumar maconha fazia parte das práticas cotidianas da população indígena e negra, embora esses hábitos fossem discriminados nos centros urbanos e rurais. Paralelamente a isso, nas grandes cidades dos Estados Unidos, a delinquência e crimes eram associados aos negros e mexicanos usuários de maconha.

Nos anos de 1960, emergiram os movimentos de contracultura e os questionamentos sobre o modelo proibicionista de drogas, os quais, em seguida, levaram ao surgimento de novos discursos em torno do uso e prevenção às drogas na década seguinte. Entretanto, no Brasil, apenas nos anos de 1980, com a abertura política e os posicionamentos das ciências humanas e da própria ciência médica que

---

<sup>16</sup> Na prática, o objetivo era impedir o contato entre o agente (a droga) e o hospedeiro (indivíduo).

questionavam a abordagem contraditória do Estado, apresentando uma nova perspectiva sobre as drogas e os usuários, além da descoberta da Aids e da contaminação através de seringas, emergiram estratégias baseadas na redução de danos no uso de drogas, que resgatava a importância dos controles sociais informais na prevenção de enfermidades decorrentes do uso de tais substâncias. (BUCHER, 1996).

#### **5.4 Cultura, transgressão e desvios no uso de drogas**

Minhas leituras sobre drogas evidenciaram que esse sujeito do discurso está atravessado pelas formações discursivas de sujeitos transgressores e desviantes nas variadas instâncias socioculturais que se inscrevem nos lugares nos quais se identifica ou é identificado em uma relação entre discurso, história e cultura. Discursos esses que afetam profundamente o sujeito “em contexto de uso de drogas”, uma vez que estes se constituem na sociedade e por ela são constituídos. Ao se entrelaçarem em qualquer formação discursiva, seja ela, ideológica, cultural ou social, esse sujeito constrói seu modo de subjetivação e constantemente são alimentadas por novas formações discursivas, produzindo outras visões uma vez que afeta e é afetado pelos discursos socialmente produzidos no que diz respeito à compreensão do objeto de estudo. Desta forma, proponho como base de análise as produções pioneiras de um modelo compreensivo alternativo sobre o fenômeno das drogas, a sociologia do desvio social de Howard Becker e Gilberto Velho, como forma de desvendar uma sociedade que é direcionada a traçar rígidos limites entre o normal e o anormal em um processo no qual alguns comportamentos são classificados a partir de fronteiras absolutas. Outrossim, a definição de inadequado ou de desviante é ativada para referir-se aos usuários de drogas.

Para Howard Becker em seu livro *Outsiders: estudo de sociologia do desvio*, o consumo de drogas – substâncias psicoativas é percebido como um comportamento que se desvia do normal e socialmente taxado como algo extremamente destrutivo. O autor faz uma discussão trazendo importantes ressignificações do conceito de desvio, desvinculando totalmente esse termo da ideia de crime para uma concepção que propõe uma relação social geradora da naturalização sem imposições de rótulos e regras para quem não as cumprem no caso, os desviantes.

O usuário de substâncias psicoativas nas mais variadas formas define regras informais de uso, estabelecendo controles sociais também informais na relação entre seus pares, revelando nuances da regulação do uso entre o próprio grupo, firmando padrões desse uso e evidenciando aspectos socioculturais dos mesmos.

Perceber claramente esses controles sociais pode ter como significado, conhecer definições internas sobre os padrões estabelecidos e a escolha do contexto relativo à forma de proporcionar experiências seguras, agradáveis e assim, apreender que diferentes contextos e sujeitos podem produzir diferentes estilos de consumo no caso, de substâncias psicoativas, promovendo inclusive cultura. Esses mecanismos podem ser nomeados de informais, onde os usuários criam intercâmbios nessa maneira informal e interstícios do sistema tido como formal, seguindo uma lógica cultural diferente que muitas vezes causa choques com a sociedade formal do Estado. Estabelecendo assim, sujeitos criadores de regras culturais informais que vão contra a própria sociedade que os constituiu. Becker diz ser necessário reconhecer e fazer reconhecer-se como usuário, pois não é simplesmente consumir, mas, além disso, incorporar os significados culturais ligados ao consumo da substância de uso. Ele apresenta em sua pesquisa com usuários de maconha que os mesmos aprendem com outros usuários, com determinadas pessoas de referência do meio a aplicar conceitos, identificar sintomas entre suas sensações e perceber em si mesmo alguma diferença baseada em sua experiência quando faz uso de determinada droga. (BECKER, 2008).

O antropólogo Gilberto Velho considerado, por excelência, o antropólogo urbano brasileiro de maior notoriedade de um campo de estudo que insere o uso de drogas como um fator de forte relevância nos rituais de socialização, destacado como um fenômeno estrutural a todas as suas configurações etnográficas e históricas, contribuiu significativamente para o pensamento sociológico do desvio. Conduziu pesquisas pioneiras com usuários de drogas em pleno regime militar, na década de 1970 a partir dos conceitos de cultura e subcultura desenvolveu sua pesquisa de doutoramento – *Nobres e Anjos*, defendida em 1975 com usuários de maconha moradores da zona Sul no Rio de Janeiro, que pelo estilo de vida refletiam na sociedade carioca como transgressores e desviantes, acrescentando significativamente para o conceito de desvio de Howard Becker (2008). Velho

pesquisou as diferentes características de dois grupos usuários de drogas, o primeiro grupo com usuários formado por universitários, pessoas com padrão de vida elitizado e o segundo grupo formado por usuários intitulados pelo autor por intelectuais, artistas e boêmios.

A grande contribuição de Velho foi estudar o consumo de drogas a partir da perspectiva de liberdade individual ligado a visões de mundo e estilos de vida que precisam ser respeitados, principalmente por se tratar de consequências de questões complexas de heterogeneidade cultural intrínseca à própria sociedade moderna, ressaltando que seu trabalho também traz significativas análises em torno da estigmatização de “drogados” onde os usuários são vítimas de conflitos político advindos da negociação de determinadas leituras da realidade social. Suas obras também tiveram considerável influência nos campos da psicologia e medicina relativos a estudos da droga enquanto fenômeno.

Michel de Certeau interpreta isso como, práticas culturais contemporâneas com os modos de vida cotidiana, como sendo as produções do dia-a-dia em “Artes de Fazer”. Considera que a legitimidade dos saberes e valores de práticas subterrâneas como prática cultural dos não produtores de cultura, vão modificando os objetos e os códigos, abrindo caminhos nas imposições das políticas culturais relativos às situações estabelecidas pela sociedade e suas relações de força e poder.

Toda atividade humana pode ser considerada como cultura, embora possa não ser reconhecida como tal, pois, para a existência de cultura, não basta ser autor das práticas sociais, é necessário que essas práticas tenham um sentido para aquele que as esteja realizando. O autor considera a legitimidade dos saberes e valores de práticas subterrâneas, como prática cultural dos não produtores de cultura, de forma que vão modificando os objetos e os códigos, abrindo caminhos nas imposições das políticas culturais relativos às situações estabelecidas pela sociedade e suas relações de força e poder Certeau (1994).

A sociedade exige que o sujeito esteja em um determinado padrão social, em um tipo de família amorosa e com determinado vínculo de trabalho que lhe proporcione acesso aos bens de consumo desejados midiaticamente. Nesse modelo estabelecido socialmente não pode existir o desemprego ou ausência de afetos familiares, embora exista algumas restrições estabelecidas pelo próprio modelo que

redirecione esses sujeitos a atitudes escapatórias da sensação de falta de competência em lidar com os conflitos de determinadas realidades.

Para Macrae (2010), só resta aos descontentes duas saídas: adaptação ou exclusão, logo, conseqüentemente, o sujeito é sumariamente culpado por sua total incapacidade de adaptação, sendo vítima transformada em bode expiatório. Tem-se como claro exemplo dessa situação, o usuário de drogas, identificado como descontente e inimigo da sociedade e assim rotulado como marginal, viciado, tornando-se alvo de crimes bem piores do que os grandes poderosos da sociedade elitizada, e porque não dizer, de políticos. A ênfase que é dada aos usuários de drogas ilícitas, facilmente estigmatizada, desvia a atenção da necessidade de um maior controle da produção e comercialização das drogas lícitas, extremamente lucrativas para vários setores da economia e diretamente responsável pelo grande número de problemas relacionados ao uso, abuso e dependência de drogas em geral.

Nessas perspectivas, pensar nas construções sociais e culturais que giram em torno das drogas, conforme visto pelos autores, torna-se necessário perpassar percursos históricos de idas e vindas em conceitos e significações que alimentam interesses embutidos em relações, interesses políticos e de poder.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que foi relatado sobre o uso de drogas, o que antes era cultura, ritual religioso, depois uma das principais formas de adquirir prazer, transformou-se em doença. Doença essa que, sobressai-se, em seus múltiplos aspectos à realidade do “louco e da loucura” nas formas de tratamento de indivíduos desviantes, pautados em um discurso patológico, e assim, transformada, pelos saberes médicos, em doença, alienação, desajuste, irracionalidade, perversão, carregando um conjunto de práticas, concepções e saberes ancorados em uma moralidade ditada pelos bons costumes, pela ordem e pela cultura.

As apresentações demonstradas não se tornaram exaustivas por seu valor de exemplificação relativo às questões sociais e culturais demonstradas, evidenciando o que é representado em determinado período histórico e sociedade vigente, apresentando o uso de drogas de forma deturpada, preconceituosa e marginalizante. Pode-se perceber que as drogas em si não são boas nem ruins, apenas são um meio que está à disposição do homem, fornecido inicialmente pela natureza e posteriormente pela indústria farmacêutica, seu uso pode ser social, cultural ou abusivo.

Ao condenar, ou na intenção de prevenir seu uso, precisa-se levar em conta sua evolução histórica em determinadas regiões, sociedade, bem como fenômenos políticos e culturais do contexto se inserem. Caso contrário, será um combate cego, ineficiente e até mesmo injusto de não compreender suas reais consequências humana e social.

Tomou-se como premissa de que dependência não se estrutura fundamentalmente a partir da experiência com uma substância psicoativa, mas a estruturação mental de cada sujeito empresta significações singulares às experiências vivenciadas com as mais diversas substâncias psicoativas, funcionando como um filtro que possibilita a produção de vários sentidos, a depender da função que estas assumem para cada um. Dessa forma, salienta-se que, independentemente do efeito farmacológico de cada droga, existem funções que lhes são atribuídas e vinculadas por cada existência em particular, ou seja, como as angústias, dores e sofrimentos da condição humana e da própria vida. Partem de uma filosofia de trabalho humanizada baseada na construção e no



fortalecimento do vínculo de confiança entre os grupos e equipe multiprofissional que favoreça a troca de conhecimentos, experiências, apoio solidário entre profissionais, usuários e grupo de familiares, atingindo uma prática inclusiva. Fica explícito que é preciso superar a passividade e a apatia fomentada pela lógica pautada no formalismo. Entende-se que o cuidado deve ter como objetivo último uma cidadania emancipatória que perpassa uma sociedade mais tolerante, menos centralizadora e com sujeitos autônomos.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil dispõe beneficiar por meio da alteração dos modelos de atenção a gestão e práticas de saúde como um conjunto de mudanças de práticas e saberes dos valores culturais e sociais no cotidiano das instituições, dos serviços e na produção de discursos sobre drogas. Desta forma, pode-se visualizar modificações nos discursos médicos no sentido de entender o universo sociocultural de determinados sujeitos e grupos sociais que fazem uso de substâncias psicoativas.

A Reforma Psiquiátrica tem como uma de suas principais vertentes a desinstitucionalização com conseqüente desconstrução dos discursos da medicina e paradigmas que o sustentam. A substituição progressiva de manicômios por outras práticas terapêuticas e a cidadania do doente mental vem sendo objeto de discussão em toda a sociedade. Vale ressaltar que o modelo psiquiátrico clássico pensava a loucura como doença, negando a necessidade contextual dos usuários, promovendo assim sua produção de saber e discurso. É neste conjunto simbólico que a prática e o saber discursivo tornam-se possíveis da educação não formal nas Comunidades Terapêuticas.

Portanto, a Reforma Psiquiátrica contribuiu para a descentralização dos estudos e campos de atuação, priorizando melhoria da qualidade de vida do portador de transtorno mental devido ao abuso de drogas, favorecendo a inclusão social dos sujeitos, propiciando trocas sociais, ao favorecer a cidadania e várias outras formas de educação.

Este trabalho evidencia o que Foucault propõe quando fala sobre a formação das modalidades enunciativas: as três questões propostas pelo filósofo para a realização de uma análise arqueológica – quem fala?; de onde fala?; qual posição ocupa esse sujeito que fala? – nos auxiliando a analisar os excertos e

possibilitando melhor compreensão do contexto de produção do discurso sobre as drogas. (FOUCAULT, 2002).

## REFERÊNCIAS

- ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G. **Drogas nas escolas**: versão resumida. Brasília, DF: Unesco: Rede Pitágoras, 2005.
- ADIALA, J. C. **Drogas, medicina e civilização na Primeira República**. 2011. 184 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.
- 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.; ESPINHEIRA, C. G. D. Bebidas alcoólicas na sociedade brasileira. In: BRASIL. **Prevenção ao uso indevido de drogas**: curso de capacitação para conselheiros municipais. Brasília, DF: Secretaria Nacional Antidrogas, 2008. p. 80-89.
- ARAÚJO, M. R.; MOREIRA, F. G. História das drogas. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 9-14.
- ARAÚJO, T. **Almanaque das drogas**. São Paulo: Leya, 2012.
- BARROS, J. D. **Os campos da História**: uma introdução às especialidades da História. Revista Histedbr, Campinas, n. 16, p. 17-35, 2004.
- BARROS, José D'Assunção. **Teoria da História**. 5 volumes. Petrópolis: Vozes, 2011.
- BASAGLIA, F. A. **instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BECKER, Howard S. 2008 [1963]. **Outsiders**: Estudos de sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Zahar.
- BERTOLETE, J. M. **Glossário de álcool e drogas**. Brasília, DF: Senad, 2010.
- BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade**: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. 6. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.
- BORGES, Vavy Pacheco. Grandezas e misérias da biografia. In: PINSKY, Carla B (org.). **Fontes históricas**. São Paulo: Contexto, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Coordenação Nacional de DST e AIDS. **A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas**. Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília – DF 2003.

BRASIL. **Crack é possível vencer**. 2011. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/prevencao/capacitacao>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BRASIL. 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 out. 1976.

BRASIL. 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] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

BRASIL. **Mais Educação: Apresentação**. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?itemid=58&id=12372&option=com\\_content&view=article](http://portal.mec.gov.br/index.php?itemid=58&id=12372&option=com_content&view=article)>. Acesso em: 20 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas**. Disponível em: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BRASIL. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 101, de 30 de maio de 2001. Dispõe sobre Regulamento Técnico, disciplinando as exigências mínimas para funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos relacionados ao uso ou abuso de substância psicoativas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 maio 2001.

BRASIL. **Decreto Nº 6.117, de 22 de maio de 2007**. Política Nacional sobre o Álcool. Brasília, 2007.

BRASIL. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 jun. 2011.

BRASIL. Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 ago. 2015.

BUCHER, R. **Drogas e sexualidade nos tempos da Aids**. Brasília, DF: UnB, 1996.

BURKE, P. (Org.). **A escrita da História**. São Paulo: Unesp, 1992.

\_\_\_\_\_. **A Escola dos Annales (1929-1989): a Revolução Francesa da historiografia**. São Paulo: Unesp, 1997.

BURNS, J. E. **O caminho dos doze passos:** tratamento da dependência de álcool e outras drogas. São Paulo: Loyola, 1995.

CANOLETTI, B.; SOARES, C. B. **Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil:** uma análise da produção científica de 1991 a 2001. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 115-129, 2005.

CARLINI-COTRIM, B.; ROSEMBERG, F. Os livros didáticos e o ensino para a saúde: o caso das drogas psicotrópicas. *Revista de Saúde Pública*, v. 25, n. 4, p. 299-305, 1991.

CARNEIRO, B. H. B. S. **A vertigem dos venenos elegantes:** uso de narcóticos em São Paulo no início do século XX. 1993. 193 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1993.

CARRANO, A. **Canto dos malditos.** Rio de Janeiro: Rocco, 2001.

CARRARA, S. **Crime e loucura:** o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica:** a idade de ouro do alienismo. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CEARÁ. **Combate às drogas e as suas consequências.** Disponível em: <<http://www.tce.ce.gov.br/downloads/drogas.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2012.

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. São Paulo: Unifesp. Disponível em: <[www.cebrid.epm.br](http://www.cebrid.epm.br)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas. **Perfil do consumo de crack no Brasil.** Em *Discussão*, S.l., 2013. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/noticias/jornal/emdiscussao/dependencia-quimica/aumento-do-consumodetrogas/perfil-do-consumo-de-crack-no-brasil.aspx>>. Acesso em: 10 nov. 2013.

CERTEAU, M. **A invenção do cotidiano.** 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

CHAPPEL, J. N.; DUPONT, R. L. Twelve-step and mutual-help programs for addictive disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, v. 22, n. 2, p. 425-446, 1999.

CNM – Confederação Nacional dos Municípios. **Cartilha Observatório do Crack.** Brasília, DF: CNM, 2011.

CNM – Confederação Nacional dos Municípios. **Cartilha Observatório do Crack.** Brasília, DF: CNM, 2012.

CRAIDY, C.; GONÇALVES, L. **Medidas socioeducativas:** da repressão à educação – A experiência do Programa de Prestação de Serviços à Comunidade da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRGS, 2005.

DE LEON, G. **A Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método**. São Paulo: Loyola, 2003.

DI PARDO, R.; MENÉNDEZ, E. Los estudios de género y el papel del alcohol en las relaciones entre mujeres y varones. In: SEMINÁRIO PERMANENTE DE ANTROPOLOGIA MÉDICA - SPAM, 2002, México. **Anales**. México: SPAM, 2002.

DOMANICO, A.; MACRAE, E. J. B. N. Estratégias de redução de danos para uso de crack. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. (Org.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 371-379.

DUARTE, C. E.; MORIHISA, R. S. Experimentação, uso, abuso e dependência de drogas. In: BRASIL. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar**. Brasília: Senad/Sesi, 2008. p. 41-49.

EDWARDS, G. A toxicomania tem muitas faces. **O Correio da Unesco**. O mosaico das drogas, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 11, 1982.

ENGEL, M. G. As fronteiras da anormalidade: psiquiatria e controle social. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 5, n. 3, p. 547-563, 1999.

ESCOHOTADO, A. **História de las drogas**. Madrid: Alianza, 1995.

FERREIRA, M. M. História do tempo presente: desafios. **Cultura Vozes**, Petrópolis, v. 94, n. 3, p. 111-124, 2000.

FERREIRA, P. S.; LUIS, M. A. V. Percebendo as facilidades e dificuldades na implantação de serviços abertos em álcool e drogas. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 209-216, 2004.

FERREIRA, T. M. S. **Crack – Práticas educativas e culturais na trajetória de um dependente**. 2014. 97 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

IORE, M. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: VENÂNCIO, R.; CARNEIRO, H. (Org.). **Álcool e drogas na História do Brasil**. São Paulo: Alameda, 2005. p. 257-290.

IORE, M. Algumas reflexões a respeito dos discursos médicos sobre uso de “drogas”. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 26., 2002, Caxambu. **Anais...** Caxambu: Anpocs, 2002. p. 1-28.

IORE, M. Tensões entre o biológico e o social nas controvérsias médicas sobre o uso de drogas. In: **XXVIII Reunião Anual da ANPOCS**, Caxambu, 2004. Disponível em: <http://www.neip.info>. Acesso em: 10 nov. 2013.

FOUCAULT, M. **A história da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1997.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FREUD, S. **O mal-estar na civilização**. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

FRY, P. **Para inglês ver: identidade e política na cultura brasileira**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

GARZOLI, E. H. Sobre la adicción de transferencia. **Psicoanálisis**, Buenos Aires, v. 3, n. 1, p. 193-229, 1981.

GONDRA, J. G. **Artes de civilizar: medicina, higiene e educação escolar na Corte Imperial**. Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

HURTADO, J. G. **Cocaine, The Legend: About Coca and Cocaine**. La Paz: International Coca Research Institute, 1995.

LE GOFF, J. **História e memória**. 5. ed. Campinas: Unicamp, 2003.

MITSUKO, A. M. A. **A psicologia no Brasil: leitura histórica sobre sua constituição**. São Paulo: Unimarco, 1998.

MOTT, L. A maconha na história do Brasil. In: HENMAN, A.; PESSOA JÚNIOR, O. (Org.). **Diamba Sarabamba: coletânea de textos brasileiros sobre a maconha**. São Paulo: Ground, 1986. p. 117-136.

NA – Narcóticos Anônimos. **Narcóticos Anônimos (Livro Azul)**. Califórnia: Narcotics Anonymous Word Services, 2006.

NOWLIS, H. **La drogue démythifiée: drogue et éducation**. 3. ed. Paris: Unesco, 1982.

OLIVEIRA, D. C. de. **Uma genealogia do jovem usuário de crack: mídia, justiça, saúde, educação**. 2009. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2009.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

PARASCANDOLA, J. The drug habit: the association of the word “drug” with abuse in American History. In: PORTER, R.; TEICH, M. (Ed.). **Drugs and narcotics in History**. Cambridge: Cambridge University, 1996. p. 156-167.

PESSOA, F. **Poemas de Álvaro de Campos**. São Paulo: Z, 2014.

PINHEIRO, A. R. **Morphinomania**. Tese. Rio de Janeiro: Typ. Leuzinger, 1907.

ROMANÍ, O. A. Prohibicionismo y drogas: ¿un modelo de gestión social agotado? In: BERGALLI, R. (Org.). **Sistema penal y problemas sociales**. Valencia: Tirant lo Blanch. p. 429-450.

SÁNCHEZ GAMBOA, S. **Pesquisa em educação: métodos e epistemologias**. 2. ed. Chapecó: Argos, 2012.

SÁNCHEZ-VIDAL, A. **Psicologia comunitária**: bases conceptuales y organizativas de métodos de intervención. Barcelona: PPU, 1991.

SANTOS, F. S. D. **Alcoolismo**: a invenção de uma doença. 1995. 171 f. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1995.

SCHWARCZ, L. K. M. Raça como negociação: sobre teorias raciais em finais do século XIX no Brasil. In: FONSECA, M. N. S. (Org.). **Brasil afro-brasileiro**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. p. 12-40.

SELBEL, S. D.; TOSCANO, A. **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001.

WISSENBACH, M. C. C. Da escravidão à liberdade: dimensões de uma privacidade possível. In: NOVAIS, F. (Org.). **História da vida privada no Brasil**: república: da belle époque à era do rádio. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. v. 3. p. 49-130.

VARGAS, H.; NUNES, S. **Prevenção geral das drogas**. São Paulo: Ícone, 1993.



## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa: **COMUNIDADE TERAPÊUTICA DESAFIO JOVEM - Possibilidades históricas e educativas nos tratamentos para dependência química**. Os participantes da pesquisa estão sendo escolhidos aleatoriamente. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar o seu consentimento. Sua recusa não interferirá na sua rotina ou no seu acompanhamento na instituição.

O escopo da pesquisa é descrever o percurso histórico da Comunidade Terapêutica Desafio Jovem do Ceará Dr. Silas Munguba, enfocando práticas educativas de reintegração social, associadas à abordagem multidisciplinar usada pela instituição, no que concerne aos aspectos científicos, pedagógicos e biopsicossociais do usuário de droga. A participação, nesta pesquisa, será realizada mediante conversa informal com a pesquisadora sobre a história da instituição e sua história de vida profissional, como também, respostas de algumas questões norteadoras que serão solicitadas pela entrevistadora.

As informações obtidas nestas entrevistas serão utilizadas apenas para atender os objetivos da pesquisa, e à sua identidade será assegurado sigilo. Será usado um nome fictício para divulgação destas informações impossibilitando assim, a sua identificação. Dessa forma, o que será relatado não poderá ser utilizado, de maneira alguma, para prejudicá-lo.

A administração receberá uma cópia desse termo onde possuem meios de se contatar com a pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas a qualquer momento.

---

Entrevistadora / Tereza Maria da Silva Ferreira

Residente à Rua Sebastião de Abreu, nº 177, bairro Maraponga – Bloco: C/Apto. 307. Fortaleza - CE – Tel. (85) 87813938.

Após ouvir a leitura destas informações e ter minhas dúvidas esclarecidas pela pesquisadora, concordo em participar de forma voluntária neste estudo.

---

Sujeito da pesquisa \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Responsável \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## **APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGENS**

A instituição Desafio Jovem do Ceará foi selecionada para lócus da pesquisa intitulada “COMUNIDADE TERAPÊUTICA DESAFIO JOVEM - Possibilidades históricas e educativas nos tratamentos para dependência química”. O escopo da pesquisa é descrever o percurso histórico da Comunidade Terapêutica Desafio Jovem do Ceará Dr. Silas Munguba, enfocando práticas educativas de reintegração social, associadas à abordagem multidisciplinar usada pela instituição, no que concerne aos aspectos científicos, pedagógicos e biopsicossociais do usuário de droga.

Para melhor demonstração dos resultados da pesquisa faz-se necessário o uso de imagens fotográficas da estrutura física da instituição. As imagens serão divulgadas somente para publicação e divulgação da pesquisa.

O(A) senhor(a) receberá uma cópia desse termo onde possuem meios de contatar com a pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas a qualquer momento.

---

Entrevistadora / Pesquisadora

Entrevistadora / Tereza Maria da Silva Ferreira

Residente à Rua Sebastião de Abreu, nº 50, bairro Maraponga – Bloco: C/Apto. 307.

Fortaleza-CE – Tel. (85) 87813938

Após ler estas informações e ter minhas dúvidas esclarecidas pelo pesquisador, concordo em colaborar com o estudo permitindo a confecção e publicação de imagens fotográficas da estrutura física da instituição.

---

Responsável \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO FIEL DEPOSITÁRIO**

A pesquisa: “COMUNIDADE TERAPÊUTICA DESAFIO JOVEM - Possibilidades históricas e educativas nos tratamentos para dependência química”. O escopo da pesquisa é descrever o percurso histórico da Comunidade Terapêutica Desafio Jovem do Ceará Dr. Silas Munguba, enfocando práticas educativas de reintegração social, associadas à abordagem multidisciplinar usada pela instituição, no que concerne aos aspectos científicos, pedagógicos e biopsicossociais do usuário de droga.

Para o desenvolvimento deste estudo necessita-se de acesso aos protocolos dos internos, bem como planos individuais de atendimento e avaliações semestrais.

As informações serão utilizadas somente para os fins da pesquisa, ficando garantido o sigilo das identidades dos jovens internos.

Após ler estas informações e ter minhas dúvidas esclarecidas pela pesquisadora, eu \_\_\_\_\_ secretária da instituição, autorizo a pesquisadora Tereza Maria da Silva Ferreira o acesso aos prontuários, bem como relatórios de acompanhamento dos internos sempre que se faça necessário.

---

Secretário \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Pesquisadora \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## APÊNDICE D – CARTA DE APRESENTAÇÃO À PRESIDENTA DO DESAFIO JOVEM DO CEARÁ

### ATT: Tereza Cristina Henriques Munguba

Estamos encaminhando ao Desafio Jovem do Ceará o protocolo exigido para aprovação do projeto de pesquisa: COMUNIDADE TERAPÊUTICA DESAFIO JOVEM - Possibilidades históricas e educativas nos tratamentos para dependência química.

Os pesquisadores envolvidos são: José Gerardo Vasconcelos (orientador) e Tereza Maria da Silva Ferreira (orientanda). Este trabalho é pré-requisito para conclusão do Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Educação Brasileira, da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Ceará. Área de Concentração: História da Educação

Esta pesquisa tem por objetivo descrever o percurso histórico da Comunidade Terapêutica Desafio Jovem do Ceará Dr. Silas Munguba, enfocando práticas educativas de reintegração social, associadas à abordagem multidisciplinar usada pela instituição, no que concerne aos aspectos científicos, pedagógicos e biopsicossociais do usuário de drogas e objetivos específicos: descrever a trajetória profissional do médico Silas Munguba até a fundação do desafio Jovem do Ceará; Construir o contexto histórico social e político da instituição na década de 1970; Identificar as atividades referentes aos modelos de tratamento oferecido pela instituição através do Programa de Acompanhamento Terapêutico e Programa de Atenção Psicossocial; e Apreender práticas educativas enquanto propostas de educação informal na abordagem multidisciplinar ocorridas no Desafio Jovem durante o tratamento da dependência química.

Ratificamos, enquanto pesquisadores, nossa responsabilidade acerca das informações teórico-metodológicas expressas nos documentos apresentados. Estamos cientes do que nos compete quanto ao objetivo e resultados da pesquisa.

Portanto, solicitamos o parecer da presidenta para a realização da pesquisa. Caso haja parecer desfavorável ou pendência, nos disponibilizamos para correções e alterações.

Eu, José Gerardo Vasconcelos, orientador (a), declaro estar ciente do projeto de pesquisa supracitado, me comprometendo a orientar a pesquisadora acima.

Orientador

-----

Tereza Maria da Silva Ferreira  
Orientanda

---

## **Comunidades Terapêuticas e Serviços para Usuários de Álcool e Outras Drogas**

- **Resolução RDC/ANVISA nº 101, de 30 de maio de 2001**

Estabelece Regulamento Técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas.

Fonte: [www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br).

- **Portaria GM/MS nº 816, de 30 de abril de 2002**

Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios.

Fonte: [www.saude.gov.br/sas](http://www.saude.gov.br/sas).

- **Portaria SAS/MS nº 305, de 03 de maio de 2002**

Dispõe sobre as Normas para funcionamento e cadastramento de centros de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos causados pelo uso abusivo e/ ou dependência de álcool e outras drogas.

Fonte: [www.saude.gov.br/sas](http://www.saude.gov.br/sas)

- **Portaria GM/MS nº 2197, de 14 de outubro de 2004**

Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.

Fonte: [www.saude.gov.br/sas](http://www.saude.gov.br/sas)

- **Portaria GM/MS nº 1612, 09 de setembro de 2005**

Aprova, na forma do Anexo I desta Portaria, as normas de funcionamento e credenciamento/habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas.

- **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

- **Portaria GM/MS nº 5912, de 27 de setembro de 2006**

Regulamenta a Lei 11.343, de 23/08/2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Política Pública sobre Drogas – SISNAD e dá outras providências.

- **Decreto 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.

- **RDC/ANVISA nº 29, de 30/06/2011**

Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

Fonte: <http://www.saude.mg.gov.br/cib/page/44-comunidades-terapeuticas-e-servicos-para-usuarios-de-alcool-e-outras-drogas-sesmg>

**ANEXO A – DESAFIO JOVEM DO CEARÁ (DECLARAÇÃO)****DECLARAÇÃO**

Eu, Tereza Cristina Henriques Munguba, presidente da Instituição Desafio Jovem do Ceará, declaro para devidos fins, que Tereza Maria da Silva Ferreira está autorizada a realizar pesquisa nesta Instituição para fins de estudo, estando ciente quanto aos objetivos e resultados da mesma.

Fortaleza, 30 de março de 2016.

---

Tereza Cristina Henriques Munguba  
Presidente da Instituição

**ANEXO B – IMAGENS DO DESAFIO JOVEM DO CEARÁ**

Fonte: Elaborada pela autora.



Fonte: Elaborada pela autora.





Fonte: Elaborada pela autora.