

Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre as drogas: enfrentamento ao crack e proibicionismo

*New challenges in Brazilian Social Policies about drugs: facing crack
and prohibitionist perspective*

Rita de Cassia Cavalcante LIMA²
Priscilla TAVARES³

Introdução

Este trabalho é vinculado ao projeto de pesquisa “Políticas sociais públicas de álcool e drogas e sua modernidade transnacional: o caso brasileiro” desenvolvido na Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sendo associado ao Projeto Transversões (Projeto Integrado de Pesquisa Saúde Mental, Desinstitucionalização e Abordagens Psicossociais), aprovado pelo CNPQ. Trata-se de um artigo expandido, apresentado no 7º Encontro Nacional de Políticas Sociais “Trabalho e Lutas Sociais no mundo hoje”, em Vitória, no ano de 2012.

A pesquisa tem como objetivo analisar as políticas sociais recentes sobre drogas, em particular, a alocação do fundo público¹ a partir da suposta

epidemia do crack”, tornada objeto na agenda pública do Executivo Federal a partir de 2009.

Nesse sentido, o objetivo desse trabalho é apresentar um mapeamento das atuais políticas sociais, que estão atualizando e aprofundando as lutas pela direção política da área de drogas, na qual parece haver um movimento concomitante e tenso de investimentos do fundo público em projetos distintos de concepção sobre as drogas tornadas ilícitas e sobre a intervenção pública àqueles envolvidos na produção, consumo e uso dessas substâncias.

¹Por fundo público não se está entendendo a simples mensuração quantitativa de recursos públicos alocados em políticas públicas, mas recursos estratégicos que garantem uma interconexão entre a acumulação produtiva e as políticas sociais, demonstrando sua função para as políticas macroeconômicas. Para aprofundar o debate sobre o fundo público, sugerimos a leitura de SALVADOR, Evilasio. *Fundo*

público e seguridade social no Brasil. SP: Cortez, 2010.

² Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2009). Professora Adjunta II da Universidade Federal do Rio de Janeiro e pesquisadora das políticas públicas brasileiras sobre álcool e outras drogas. (UFRJ, Brasil). E-mail: <ritacavalcante69@gmail.com>

³Assistente Social graduada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. (UFRJ, Brasil).

Como procedimentos metodológicos para elaboração deste artigo, foram realizados revisão bibliográfica, seleção e análise documental sobre os marcos institucionais do Executivo Federal a partir de 2007, quando o consumo do crack já se apresentava como questão de preocupação em alguns setores dessa esfera governamental. Fontes secundárias puderam recuperar dados recentes do sistema penitenciário brasileiro junto ao Ministério da Justiça, que permitiram identificar efeitos da expansão do poder punitivo do Estado brasileiro. Em particular, a linha do tempo para análise se estende até o ano sociais no âmbito da saúde pública e da assistência social.

Esse artigo, então, se insere nesta arena de debates e de disputas sobre que tendências as atuais políticas sobre drogas estão operando e fortalecendo. Tem-se como pressuposto de que estamos numa guerra de posição⁴, onde atores e projetos de sociedade estão presentes na disputa por hegemonia das políticas sobre drogas, a partir de concepções ético-políticas distintas sobre drogas, seu uso e mercado, gerando um misto desigual de direções no âmbito das políticas sociais brasileiras referentes à área.

⁴A “guerra de posição” é um conceito originário da prática militar, que foi elaborado pela teoria política de Antônio Gramsci. Pressupõe uma longa luta de persuasão na busca por direção política e cultural de um projeto societário, que se dá no âmbito das instituições para ocupação das instâncias do poder político. Para aprofundar este conceito e o de “hegemonia”, sugerimos a leitura de GRAMSCI, A. *Cadernos do Cárcere*. RJ: Civilização Brasileira, 2000, v. 3.

de 2012, quando um cenário político nacional e local apresenta novos atores organizados, como as frentes parlamentares do Congresso Nacional e a Frente Nacional Drogas e Direitos Humanos. Essa última, por exemplo, tem colocado que as atuais políticas sobre drogas estão aprofundando a violação dos direitos humanos, a criminalização da pobreza e a privatização das políticas sociais com a opção política de fortalecer e financiar entidades não governamentais com o fundo público para a execução de políticas.

1 Proibicionismo às drogas e violação de direitos humanos

A opção por iniciar esse artigo pelo proibicionismo se deve à análise de que o longo processo de questionamento sobre as bases autoritárias das políticas sobre drogas no país, ainda, na década de 1980 (LIMA, 2009) e a posterior produção de ações e projetos, sobretudo na área da saúde com seu posicionamento político de assumir a área de drogas e propor a estratégia de redução de danos como orientação de sua intervenção, encontra-se diante de uma trincheira espessa, forte, mas com marcas de importantes fissuras. Referimo-nos, aqui, à configuração de como o proibicionismo às drogas tornadas ilícitas (KARAM, 2008) vem mantendo e fortalecendo seu núcleo autoritário e militarizado no cenário brasileiro, mas sofrendo inflexões e algumas fendas relevantes desde os anos 2000 (LIMA, 2012).

O proibicionismo sobre drogas como a maconha, coca e seus derivados, ópio, morfina e heroína tornou-se um substrato das políticas sobre drogas, mesmo sobre aquelas mantidas na licitude, na medida em que um de seus efeitos foi criar uma cisão entre supostas substâncias “inofensivas” e “ofensivas”, “terapêuticas” e “tóxicas”, gerando uma perda do sentido cultural do *pharmakon* – ser ao mesmo tempo, “cura” e “veneno”, “prazer” e “sofrimento” – e uma desatenção às recorrentes informações epidemiológicas sobre os danos relacionados ao álcool (DELGADO, 2005). O proibicionismo à algumas drogas, há cem anos, também vem tentando convencer de que será possível uma sociedade sem drogas, sem a recorrente manifestação da procura humana por estados alterados de consciência. O proibicionismo erigido no plano internacional, a partir de 1911, com as recomendações da Conferência de Haia, demonstrou que o enfrentamento à certas drogas tomadas como problema transnacional nasce motivado por interesses geoeconômicos e geopolíticos vinculados ao imperialismo estadunidense junto ao mercado asiático (RODRIGUES, 2004; LIMA, 2012).

O proibicionismo, hoje, mantém esse traço de servir a interesses velados de frações de classe; de vincular seu enfrentamento a outras esferas econômicas como a indústria bélica e seus equipamentos de tecnologias de segurança; de nublar a crescente medicalização da vida sob a suposta proteção dos benefícios terapêuticos dos remédios produzidos pela indústria

farmacêutica e prescritos pela corporação médica; e de incidir sua violência institucional maciçamente sobre segmentos populacionais marcados pela discriminação racial, de gênero e etnia.

Karam (2012) oferece um dado surpreendente sobre a relação do superpovoamento das prisões no mundo a partir da tomada de posição dos Estados Unidos de estabelecer as drogas como seu primeiro “inimigo”.

Nos EUA, o número de indivíduos encarcerados mais do que quadruplicou entre 1980 e 2007. Em 30 de junho de 2009, eram 2.297.400, correspondendo a 748 presos por cem mil habitantes. Vale notar que, quando se consideram tão somente os homens afro-americanos, essa proporção se eleva para 4.749 presos por cem mil habitantes. Se se quiser mais uma evidência do componente nitidamente racista do sistema penal norte-americano, basta pensar que sob o regime mais racista da história moderna, em 1993, à época do apartheid, a África do Sul encarcerava 851 homens negros por cem mil habitantes.

Portanto, o proibicionismo à certas drogas criou um lastro de legitimidade para intervenção do Estado para invadir a liberdade e minar princípios democráticos a partir de sua ampla e difusa produção de dispositivos criminalizadores. De forma simultânea ao fortalecimento deste núcleo punitivo sobre certos sujeitos e condutas relacionadas à produção e à distribuição das drogas, o chamado tráfico, Burgiermann (2011) chama nossa atenção para a experiência de países como Holanda, Espanha, Portugal e Marrocos, justamente porque encontraram caminhos para despenalizar certas

práticas relacionadas ao mercado das drogas, incluindo, aqui, a do uso pessoal, porém sem romper juridicamente com o proibicionismo.

O trabalho desse autor se torna importante porque aponta como está sendo produzida diversas formas de políticas públicas de prevenção e proteção ao uso nocivo das drogas tornadas ilícitas no âmbito da saúde, a despeito do substrato proibicionista. Tornam-se fissuras nesse sistema transnacional.

A apropriação de algumas informações sobre a experiência portuguesa é pertinente, porque é considerada a mais coerente entre elas e a que foi produzida em período de clamor social sobre os danos relativos ao uso da heroína. No final dos anos 1990, esta droga era considerado o problema prioritário da saúde e da segurança pública, muito similar ao que se tem nos discursos atuais dos políticos e da mídia no Brasil, a respeito do uso do crack. Lá, a nova política foi implantada em 2001, após elaboração de suas recomendações por um grupo de nove especialistas, que foi apresentada no relatório Estratégia Nacional de Luta contra a Droga e passou pelo debate no Parlamento.

Algumas medidas soavam como se o governo estivesse querendo estimular o uso de droga: distribuir seringas, testar a qualidade do *ecstasy* em casas noturnas... O tratamento dos dependentes, baseado em estabelecer uma relação de confiança, sem obrigar ninguém a nada, podia passar uma sensação de ingenuidade ou de falta de firmeza. Acontece que todas essas

iniciativas comprovadamente funcionam para reduzir o uso de drogas e sobretudo o dano que elas causam.

[...] A estratégia foi submetida ao Congresso, onde a oposição conservadora caiu matando. [...] Como sempre acontece em qualquer lugar do mundo quando alguém propõe um sistema menos radical e violento para lidar com as drogas, apareceram políticos pintando um cenário de terror, como se, a qualquer relaxamento da vigilância, o consumo de drogas fosse sair do controle. Mas o governo conseguiu apoio de que precisava para passar a estratégia no Congresso e ela foi implantada em 2001 (BURGIERMANN, 2011, p. 200).

E o autor acrescenta:

Dez anos depois, durante as eleições de 2011, o tema drogas nem foi mencionado na campanha eleitoral. Aquele que era o maior problema de Portugal hoje aparece em 13º na lista. O país ainda é católico e tradicional, e a imensa maioria dos portugueses continua contra as drogas, porém o assunto está pacificado (BURGIERMANN, 2011, p. 200-201).

Portugal estabeleceu um novo pacto societário sobre que intervenções deveriam ser previstas para os sujeitos envolvidos no ciclo consumo das drogas sem descriminalizar qualquer droga, portanto, sem romper com o proibicionismo. O autor registra que a avaliação favorável da experiência portuguesa se deveu à liderança assumida pelo Ministério da Saúde e não pela segurança pública, a despeito do aparato policial permanecer investigando os crimes relativos ao tráfico e abordando usuários, que são encaminhados a estruturas descentralizadas da saúde nomeadas de Comissão de Dissuasão da Toxicodpendência (CDT). Um

especialista português membro da CDT de Lisboa, Nuno Portugal Capaz, citado por Burgiermann (2011), afirma: “A justiça é cega; tem de ser igual para todo mundo. A saúde não pode ser cega; cada paciente precisa de um remédio diferente” (BURGIERMANN 2011, p. 201). Então, que resultados são registrados dessa experiência?

Nos últimos dez anos, desde que o novo modelo foi implantado, o consumo de drogas entre menores de idade caiu, o número de contaminações de AIDS e hepatite C despencou, o de usuários de drogas problemáticos diminuiu, o de dependentes de droga em tratamento cresceu, o índice de sucesso do tratamento aumentou, as cadeias e os tribunais estão mais vazios e conseguindo fazer seu trabalho com mais eficiência, a polícia está tendo mais sucesso no comate ao tráfico internacional, e a sociedade está economizando uma fortuna (BURGIERMANN, 2011, p. 197).

Importante observar que esses resultados dependeram de uma decisão técnica e política de definir quantidades toleradas para o porte das drogas tornadas ilícitas, que indicariam apenas a finalidade para uso pessoal – “inferior a 25 gramas de maconha, dois gramas de cocaína ou um grama de heroína ou anfetaminas” (BURGIERMANN, 2011, p. 201). Essa posição foi estratégica na medida em que incluiu as substâncias circulantes no território português, que estavam e se mantêm sob o estatuto médico-jurídico do proibicionismo (RODRIGUES, 2004), mas impediu que o discurso da proteção à saúde pública fosse utilizado para acionar a roda voraz da repressão.

No estatuto médico-jurídico das drogas tornadas ilícitas, de forma arbitrária e sem estudos científicos consensuais, tais substâncias foram supostamente tornadas mais “perigosas”, mais gravosas à saúde pública, justificando a expansão do poder punitivo do Estado. Quando Portugal optou por tipificar quantidades toleradas para porte das drogas, não foi por considerá-las sem risco, mas por uma opção política: diminuir uma área de atualização da intromissão do Estado punitivo na liberdade individual, assegurando a hegemonia da intervenção pública pela saúde pública. Os efeitos, portanto, mostram-se relevantes, segundo Burgierman (2001).

No caso brasileiro, o Projeto de Lei do Senado de Reforma do Código Penal (PLS Nº 236, 2012), elaborado por um conjunto de juristas, apresentou um texto com intenção de diferenciar usuário do traficante e de definir quantidades para posse de drogas tornadas ilícitas. Mesmo que as propostas contidas nesse projeto, se aprovadas, fossem implementadas, o Brasil ainda teria um difícil cenário de lutas internas para deslocar e assegurar a liderança das políticas sobre drogas da segurança para a saúde pública. O Brasil apresenta sinais desse deslocamento, mas a “guerra de posição” está em curso, dando-se em campo aberto, descortinando a cada dia atores e interesses envolvidos, produzindo-se novos coletivos de lutas, mas também implicando em inflexões de atores críticos a propostas violadoras de direitos.

A transição brasileira, na verdade, se fez *centralizando o momento democrático*, político-institucional. [...]. Sempre foi preciso, portanto, *fazer política* em todos os níveis [...]. Alianças amplas, negociações, recuos táticos, transformações progressivas: as oposições democráticas só conseguiram progredir travando aquela prolongada 'guerra de posição' que exige 'qualidades excepcionais de paciência e espírito inventivo', como costumava dizer Gramsci (NOGUEIRA, 1985, p. 138).

Nesse contexto, agrava que a decisão "administrativa" do Senado de anexar 101 outros projetos que tramitavam no Parlamento sobre matérias relacionadas ao Direito Penal ao projeto de lei citado, a fim de que as propostas fossem examinadas em conjunto. Com essa posição, o trabalho anterior dos juristas simultâneo à forte tendência punitiva dos projetos anexados pode resultar numa "colcha de retalhos", aumentando o tempo de cumprimento de penas com privação de liberdade em diversas condutas tomadas como crime, dentre elas, a das tipificadas para as drogas.

Essa tendência no Brasil se associa e é passível de apreensão quando observamos a formação social conservadora e heteronôma⁵, acrescida de um Estado que passa a intervir sobre fenômenos sociais tomados como problemas a partir de um binômio: repressão e assistência. A primeira para

⁵Para aprofundar estudo sobre a formação social brasileira, sugerimos IANNI, Octavio. *O ciclo da revolução burguesa*. RJ, Vozes, 1983, e FERNANDES, Florestan. *A Revolução Burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica*. RJ, Zahar Editores, 1981.

garantir no limite a realização dos interesses de frações de classe que obtêm hegemonia na trama geoeconômica e geopolítica e, a segunda ação, como resultado da arena de interesses em conflito no Estado, cujos interesses das classes dominadas e de suas diversas configurações de oprimidos reivindicam o reconhecimento de suas demandas. Portanto, problematizar as políticas sobre drogas e seu centenário substrato proibicionista requer conexão com a análise mais geral das políticas sociais e a análise particular de sua configuração no plano internacional, nacionais e locais.

"[...] o proibicionismo brasileiro às drogas com sua legislação articulam-se não só com as recomendações hegemônicas do proibicionismo internacional como também é orgânico à força da formação social brasileira, que mantém os problemas societários como problemas de repressão policial e da órbita da responsabilidade individual" (LIMA, 2010, p.119).

Como esse texto se debruça sobre a experiência brasileira, voltemos um pouco mais sobre os efeitos do proibicionismo, a fim de melhor problematizarmos que direção ético-política as atuais políticas sociais referida às drogas expressam na tensa disputa pela sua hegemonia.

1.1 Danos do proibicionismo às drogas no Brasil

Mais uma vez, Karam (2012) nos ajuda a identificar a relação do crescimento da população carcerária brasileira e os

crimes relativos ao tráfico, observando que esta se tornou a quarta maior do mundo.

No Brasil, o crescimento no número de presos também é impressionante. Em 1992, eram 74 presos por cem mil habitantes. A ininterrupta tendência de crescimento elevou tal proporção para 133 por cem mil habitantes, em 2001; 183, em 2004, chegando, em junho de 2007, a 219 presos por cem mil habitantes, com um total de 419.551 pessoas encarceradas. Apenas um ano depois, esse total já tinha sido acrescido de aproximadamente 20 mil pessoas, correspondendo a 227 presos por cem mil habitantes. O crescimento não pára. Em junho de 2010, chegamos a 494.237 presos, correspondendo a 253 por cem mil habitantes (KARAM, 2012).

Os efeitos gravosos sobre a onda crescente do encarceramento aumentam a já violação de direitos sociais imputada àqueles que são objeto desta política. Karam (2012) ainda acrescenta que 60% dos sentenciados não completaram o Ensino Fundamental. Nessa direção, Sanches e Assis (2009, p.46) afirmam que a “[...] situação a qual é submetida o traficante de drogas é mais um exemplo de que nem ‘todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos’, conforme afirma o artigo primeiro da Declaração de 1948”.

Apesar do Brasil ter revisto sua lei especial sobre drogas muito recentemente, através da Lei Nº 11.343, de 2006, a expectativa inicial de uma alteração no quadro de encarceramento no país não se confirmou. Ela se tornou um exemplar da tradição de intervenção do poder público com o binômio

assistência e repressão, na medida em que, de forma simultânea, a referida lei determinou o declínio da pena privativa de liberdade para usuários e o aumento da pena mínima paratráfico de drogas de três para cinco anos. Assim, um dos parlamentares ativos na elaboração desta lei reconheceu três anos depois que permanecemos sob um forte substrato proibicionista.

O número de mortes em conflitos relacionados ao mercado de drogas é muito maior do que as mortes que são provocadas pelo uso da droga em si. Apesar desta repressão, o consumo de drogas ilícitas no Brasil cresceu nos últimos anos e o número de presos condenados por atividades relacionadas à venda e ao consumo destas substâncias também está em ascensão (TEIXEIRA, 2009).

Na mesma direção, os resultados da pesquisa “Tráfico e Constituição: um estudo sobre a atuação da Justiça Criminal do Rio de Janeiro e do Distrito Federal no crime de tráfico de drogas”, encomendada pelo Ministério da Justiça ao Núcleo de Política de Drogas e Direitos Humanos da UFRJ e à Universidade de Brasília contribuíram para aclarar alguns dados relativos a quem estava preso no país em regime fechado por tráfico de drogas, entre outubro de 2006 a maio de 2008:

- 84% eram homens
- 66% eram réus primário
- 91% foram presos em flagrante
- 60% estavam sozinhos quando foram presos
- Apenas 14% portavam armas no momento do flagrante e da prisão
- 38% foram presos com cocaína
- 54% foram presos com maconha

- 42% foram flagrados e presos portando menos de 100 gramas de maconha
- 58% estavam condenados a penas de 8 anos ou mais de reclusão em regime fechados (BOITEUX, 2009, sp).

Essa pesquisa não ofereceu dados socioeconômicos sobre seus presos, mas trouxe dados inequívocos de que após a vigência da atual lei sobre drogas, manteve-se e ampliou o “desmedido rigor penal” e o “[...] tratamento diferenciado para condenados por crime de ‘tráfico’” (KARAM, 2008, p.109).

Como se depreende, o próprio crime do “tráfico” é sustentado pelo substrato proibicionista. Nega-se o valor de uso e o valor de troca contidos nas drogas, proíbe-se o desejo por essas substâncias e punem-se aqueles que passam a trabalhar no mercado também tornado ilícito dessas mercadorias. Recusa-se a reconhecer o mercado dessas drogas como atividade econômica e sobre ela lança-se uma intervenção pública iatrogênica, que apenas vem resultando na oferta de suas mercadorias de forma mais violenta, mais barata, mais tóxica, mais acessível e mais diversificada (KARAM, 2012).

Esse é o caso do mercado atual do crack, que capilarizando-se pelo país, tornou-se um objeto da agenda pública tanto das políticas de segurança pública, como as da saúde e da assistência social. Parte dessas respostas públicas está sendo analisada e acusada de violar direitos humanos e de aprofundar a criminalização da pobreza.

O Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas, em 2011, identificou um conjunto de práticas de violação de direitos nas chamadas comunidades terapêuticas.

Segundo este relatório os usuários internados sofrem diversas violações de seus direitos como a interceptação e violação das correspondências, violência física, castigos, torturas, exposição a situações de humilhação, imposição de credo, exigência de exames clínicos, como o anti-HIV – exigência esta inconstitucional –, intimidações, desrespeito à orientação sexual, revista vexatória de familiares, violação de privacidade, entre outras.

Uma questão que se pode formular é como uma sociedade que conheceu o Estado autoritário em sua expressão limite de uma ditadura militar (1964-1984), que lutou contra formas de segregação e violência, não reconheça que parte expressiva do problema drogas é uma produção recorrente e cotidiana da violência institucional? Mal forjamos a introjeção de princípios democráticos, já estamos a demandar e aceitar o exercício do arbítrio em nome da segurança e, ou, do disciplinamento do indivíduo? De forma contraditória, será possível reconhecer nas atuais políticas sociais referidas às drogas alguma potência para fissurar o proibicionismo brasileiro? Haveria alguma(s) em curso?

Assim, tem-se como suposto que o proibicionismo não pode ser uma luta apenas no plano internacional, pois, ele

se capilariza com seu tecido médico-jurídico, ético-político e com múltiplas tecnologias no campo da vida privada local e nacional, limitando e ameaçando conquistas na defesa dos direitos. A “guerra de posição” precisa ser ampliada para todas as instituições, mesmo aquelas que aparentemente não sejam arenas diretas do proibicionismo, pois, ele se naturaliza, fragmenta nossa reflexão, cinde os agentes da área da segurança dos de tratamento como se “traficante” e “usuário” não tivessem o mesmo fio condutor da proibição. Nesse sentido, sociedades com lastro conservador como a brasileira parecem ser mais tolerantes aos efeitos do proibicionismo às drogas, alinhadas as convenções internacionais. Mas isso não lhes retira os avanços dos movimentos organizados que resistem e propõe novos mirantes de respostas ao problema drogas. Um dos mirantes que fissura o proibicionismo, a partir dos anos 1990, mas é por ele também ameaçado é a estratégia da redução de danos. Vejamos de forma breve alguns de seus elementos constitutivos para nos debruçarmos nas atuais políticas sobre drogas motivadas pelo discurso de enfrentamento à “epidemia do crack”.

2 A estratégia de redução de danos e a intenção de reorientação das políticas sobre drogas

Observando a agenda internacional, o breve relato da experiência portuguesa demonstra que a estratégia de redução de danos orientou a atual política sobre drogas daquele país. No mesmo período da implantação dessa política, o Brasil tinha, de um lado, o lançamento da

Política Nacional Antidrogas, em 2001, sob o protagonismo da Secretaria Nacional Antidrogas; e do outro, a organização de forças políticas da saúde, saúde mental e direitos humanos para preparar um terreno de tomada de posição pelo Ministério da Saúde: assumir o problema drogas como questão de saúde pública. Essa decisão foi anunciada na “Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas”, de 2003, sob o protagonismo da saúde mental. De forma simultânea, essa posição foi acompanhada da indicação de que a redução de danos seria a base e orientação ético-política da nova política. O que isso significava?

Inicialmente, indicava a necessidade de um trabalho político para ocupar posições institucionais de sustentação da autoridade da saúde pública na condução e reorientação das políticas sobre drogas no país, em particular, no que se refere à redução da demanda. Não se tratava de limitar a resposta ao problema drogas a uma única política social pública, mas de assentar um mirante reconhecido de liderança da saúde pública sobre as demais políticas. Difícil desafio, na medida em que práticas iniciais da redução de danos em 1989, em Santos, Estado de São Paulo, expuseram os nexos entre intervenção coercitiva e assistencial na área de drogas e a desigualdade interna entre as forças das políticas de segurança e de saúde. De um lado, a saúde do município, por conta do alto índice de usuários de drogas injetáveis soropositivos com HIV, o maior do país, a época, distribuía

hipoclorito de sódio para limpar as seringas e ações para evitar o compartilhamento de seringas; de outro, agentes da polícia e do Ministério Público reprimiram fortemente aquelas ações à luz da interpretação da Lei nº 6.368, de 1976. (SAMPAIO, FREITAS, 2010).

Contudo, a década de 1990, assistiu a produção de indicadores no controle à epidemia do HIV/Aids, que permitiram reconhecimento do inegável sucesso na prevenção da contaminação e no acesso ao coquetel de medicamentos dispensados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BASTOS, 2009). Machado (2006) confirma essa posição.

O surgimento da AIDS, além de ter favorecido o reconhecimento dos problemas de saúde associados ao uso de drogas no campo da saúde pública, contribuiu para reafirmar a necessidade de ações pragmáticas e efetivas de redução do impacto desses problemas na saúde da população. As práticas de redução de danos já utilizadas para o controle de outras epidemias passaram também a estar presentes nas políticas preventivas de AIDS (MACHADO, 2006, p.31).

A orientação da redução de danos saiu fortalecida ao final dos anos 1990, no âmbito do SUS, mas encontrou atores e práticas hostis à sua orientação para a área de drogas (BASTOS, 2007). Que cenário era esse já no início dos anos 2000?

Entidades profissionais formadas por especialistas da área sem percurso pela saúde pública, segmentos organizados das comunidades terapêuticas religiosas, modelos de tratamento condicionados ao

manejo dos usuários com a abstinência receberam com desconfiança e posicionamento contrário a intenção da saúde pública assumir a liderança da área. Ocorre-nos que tal resistência deu-se menos pela posição política do Ministério da Saúde em tomar para si a responsabilidade de articular as outras políticas sociais e mais pela nova concepção de cuidado que preconizava a redução de danos.

De alguma forma, aqueles atores já mantinham relações com o poder público em várias esferas de governo. Tinham inclusive interesse de que suas práticas fossem financiadas e assumidas pelo fundo público. Porém, a posição do Ministério da Saúde frustrou as intenções desses segmentos, na medida em que a redução de danos apresentava outros princípios e objetivos

Esta tem como objetivo a atenção integral ao usuário de drogas, reconhecendo que a procura por drogas se inscreve na história do gênero humano e responde a anseios coletivos e individuais. A redução de danos recupera o sentido contraditório e complexo do *pharmakon*, cuja relação humana é marcada pela experiência permanente de prazer e desprazer. Como alguns usuários terão danos nessa relação, a estratégia de redução de danos deve orientar projetos de cuidado e de reabilitação singulares para diminuição dos prejuízos clínicos e sociais. É um conjunto de estratégias que começam pela saúde pública nos territórios onde vivemos e requisita atores da sociedade e de outras políticas sociais públicas para prevenir riscos

possíveis e diminuir danos referentes ao uso nocivo das drogas.

Para Telles, citada por Tavares (2012), inclusive, não existia uma definição única do que fosse redução de danos, mas existiam princípios que deveriam ser observados em suas práticas. Em primeiro lugar, os usuários de drogas passam a ser visto como cidadãos, com previsão à proteção social de uma sociedade, capazes de ter racionalidade e alterar seu comportamento; em segundo lugar, ao invés de uma meta exclusiva de tratamento para a abstinência, tem-se como principal objetivo apoiar os usuários a evitar hábitos que ampliam seus riscos e danos; e em terceiro lugar, dá ênfase a que as informações sejam acessíveis a todos os usuários de drogas, trocando metas de longo prazo por outras de curto prazo que são mais acessíveis. Como se pode observar, tais princípios eram e são dissonantes às práticas e concepções de parte significativa dos atores tradicionais da área das drogas.

Para se ter a dimensão do desafio que representou a posição política do Ministério da Saúde e da apresentação da redução de danos como orientadora desse novo mirante, o relatório da pesquisa “Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil – 2006/2007” dá algumas pistas sobre o cenário das instituições que desenvolveriam, à época, ações na “prevenção, tratamento, redução de

danos sociais e a saúde e ensino e pesquisa”⁶ (BRASIL, 2007, p.11)

O Mapeamento ofereceu uma espécie de “linha de base” para pesquisas e proposições de políticas sociais na área de álcool e drogas, na medida em que ofereceu um quadro sobre o estado da arte das instituições brasileiras envolvidas com a questão. Em sua amostra, observou que havia uma maior presença das instituições não governamentais (67.7%) sobre as governamentais (31%), sendo as comunidades terapêuticas as que tinham maior prevalência na área do tratamento: 483, ou 38,5% da amostra. Em seguida, apareceram os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPSad), com 153 (12,2%).

⁶Essa pesquisa concebida pela, então, Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), convidando a Universidade de Brasília (UnB) para desenvolvê-la sob a consultoria técnica do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e o financiamento da Comissão Interamericana do Controle de Abuso de Drogas, da Organização dos Estados Americanos (Cicad/OEA). Constou de três etapas: primeira, mapeamento exploratório de 9.503 instituições que referiam atividades na área; segunda, envio de 2.000 questionários, por correio, para coletar dados estratégicos sobre “objetivos, atividades, rotinas de atendimento, composição e qualificação dos recursos humanos, infraestrutura física e financeira” (BRASIL, 2007, p. 11); terceira, análise dos dados dos 1.642 questionários validados (82%), sendo 1.256 instituições referentes àquelas que desenvolviam atividades de “tratamento e reinserção social” (2007, p. 11). A análise foi de natureza quantitativa porque contou com entrevistas, *in loco*, com 10% dos dirigentes das instituições que responderam ao questionário.

Importante observar que no período do Mapeamento, o mercado do crack no Brasil já se encontrava em sua segunda onda de expansão, capilarizando-se por todo o território nacional. Contudo, quando se levantou o motivo para busca por atendimento, os transtornos causados pelo uso e, ou, abuso e dependência de álcool foi o principal fator da demanda por tratamento: 29,2% nas instituições Governamentais e 69,4 % nas instituições não governamentais. Como se pode observar, a despeito do discurso crescente sobre o problema do uso do crack, o relatório indicou a manutenção dos transtornos relacionados ao uso nocivo da bebida alcoólica como motivação para busca por atendimento.

O Mapeamento também captou o fortalecimento da rede pública de saúde mental a partir dos anos 2000 e, a década de 1990, como período da ampliação das instituições não governamentais, em particular, as citadas comunidades terapêuticas.

Percebe-se que 204 (52,4%) instituições passaram a funcionar a partir do ano 2000 ou em data mais recente, ou seja, possuem menos de oito anos de funcionamento. Esse resultado deve-se a regulamentação dos CAPS ter ocorrido a partir de 2002. [...] Das 447 instituições que estão em funcionamento há menos de oito anos, ou seja, que passaram a funcionar a partir de 2000, 204 (45,6%) são governamentais e 235 (52,6%) são não governamentais. Já das 432 instituições que foram criadas entre 1990 e 1999, 93 (21,5%) são governamentais e 336 (77,8%) não governamentais (BRASIL, 2007, p.107-108).

É importante observar que, a década de 1990, apresentou um cenário de disputas de projetos sobre a saúde pública, a partir da onda neoliberal que solapou as políticas sociais da seguridade social brasileira (BRAVO, 2009). No campo da política de saúde mental, a manutenção da mobilização de trabalhadores, usuários e familiares, seguida de sensibilização de atores do campo político partidário e da formação de opinião, permitiu o crescimento dos serviços de atenção comunitária em substituição ao manicômio, mesmo durante a década de 1990 (VASCONCELOS, 2000). Contudo, o público prioritário do processo de desinstitucionalização da reforma psiquiátrica foi o psicótico com longa internação nos hospitais psiquiátricos, ficando o tratamento dos usuários de álcool e outras drogas até o primeiro terço dos anos 2000, sem sua inclusão na agenda da saúde mental.

Lima (2009) também examinou as políticas brasileiras sobre drogas nesse período e observou que as décadas de 1980-1990 apresentaram os primeiros embriões da crítica ao proibicionismo às drogas, porém, foram marcados por descontinuidades, não conseguindo forjar um projeto que intencionasse romper a hegemonia repressiva e moralizadora da área. Contudo, a experiência da redução de danos na área da AIDS, a luta societária por direitos humanos e os posicionamentos de atores com formação na criminologia crítica prepararam um território cultural e institucional que passou a sedimentar um projeto de ruptura ao proibicionismo

às drogas, reunidos na posição do Ministério da Saúde e na orientação da redução de danos.

A partir do final da década de 1990, aproximando-se em alguns traços ao modelo europeu ocidental mais tolerante com o uso das drogas [...], observa-se a experiência da redução de danos dando início a projetos colidentes no Brasil. No entanto, têm-se, no país, ao final dos anos 2000 a continuidade do que será chamado [...] “desenvolvimento desigual e combinado” das políticas públicas para a área das drogas, que articula uma base anterior repressivo militar de combate ao mercado ilegal das drogas [...] e novas práticas mais solidárias à experiência humana do uso de drogas. Esse arranjo integrativo vem se dando sob tensão no âmbito das políticas públicas brasileiras e apresenta uma hierarquização importante, cujo foco dos investimentos do fundo público parece se concentrar no âmbito de uma economia eminentemente voltada para o “combate às drogas” (LIMA, 2009, p.168).

Sobre a redução de danos, o Mapeamento também apontou que ela foi referida como abordagem terapêutica tanto em instituições de tratamento governamentais (42%) como nas não governamentais (16,5%). A maior presença da redução de danos nas instituições governamentais de álcool e drogas tem coerência com sua origem no Brasil, na medida em que adveio do campo das políticas sociais públicas na relação com entidades e movimentos sociais da área do HIV/AIDS. Acresce a lembrança de que as comunidades terapêuticas religiosas são prevalentes no segmento das instituições não governamentais e, portanto, sua concepção sobre o uso da drogas e sobre

quem as usa direcionam-nas para tratamentos que intencionam dirigir o usuário necessariamente para a abstinência.

Finalmente, o Mapeamento apresenta um dado pertinente sobre a fonte de financiamento das instituições governamentais e não governamentais.

[...] das 850 (61.8%) [...], mais da metade das instituições não governamentais, 454 (36,1%) recebem recursos do governo brasileiro, provenientes da esfera municipal, 365 (29,1%); estadual, 168 (13,4%); e federal 92 (7,3%) (BRASIL, 2007, p. 126).

Isso permite afirmar que essas instituições já vêm participando do fundo público nas diversas esferas governamentais, sobretudo as de nível mais local, Já as instituições governamentais informaram apresentar a seguinte ordem de fonte de recursos: municipal 21%, federal 17,4% e estadual 9,7%. Como se pode depreender, o percentual de alocação dos recursos público por esfera pública é distinta entre as instituições não governamentais e as governamentais, sendo, naquele período, a esfera federal a que mais se diferencia na alocação de recursos entre elas. Não houve a discriminação das fontes, mas a pesquisa tem identificado dados de domínio público de que esses recursos estavam advindo da Subvenção Social do Fundo Nacional Antidrogas e das secretarias municipais e estaduais da assistência social e de justiça.

Assim, a crítica atual de atores do SUS, em particular os da saúde mental, contra a passagem do fundo público para as

comunidades terapêuticas pós editais do crack⁷ se mostra coerente parcialmente, na medida em que parte dessas instituições, dependendo de pactos locais, já vinha recebendo recursos públicos. Contudo, o consentimento de tomá-las como serviços complementares no SUS é uma posição política nova e permite reconstruir algumas questões desse debate:

Como tornar as comunidades terapêuticas rede complementar no SUS, quando não temos uma rede territorial pública implantada? Como incluí-las como complementar se sua concepção de uso de drogas e de cuidado apresenta ancoragem ética distinta à redução de danos? Qual o risco dessa decisão ratificar que assistir usuários de drogas somente deva se dar sob internação? Finalmente, o que a pressão por inclusão das comunidades terapêuticas como dispositivos residenciais transitórios na rede de atenção psicossocial⁸ implica na estratégia de liderança da saúde pública para a área das drogas?

⁷Houve uma profusão de portarias do Ministério da Saúde, a partir de 2010, com a primeira resposta do Governo Federal à suposta “epidemia do crack”. Foi o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, com o Decreto Nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Contudo, a saúde chega a esse momento com prévia elaboração do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010), mas com baixa materialização de seus eixos de intervenção. No PEAD, não havia previsão das comunidades terapêuticas, o que passa a ocorrer com o Plano de 2010 e com o Programa “Crack é possível vencer”, de 2011.

⁸Ver Portaria GM Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

Essas questões e outras devem ser respondidas observando que também avança o número e a diversidade de serviços previstos na rede de atenção psicossocial, embora, em alguns municípios do país, sobretudo, nas grandes capitais, a resposta da política de saúde mental seja mais crítica, marcada pela própria limitação que o SUS sofre em sua resposta. Mais recente, em 2011, a ratificação da orientação da redução de danos para a Política Nacional de Atenção Básica⁹ vem produzindo o incremento das equipes de Saúde da Família e dos Consultórios na Rua, bem como dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), como estratégia prioritária de trabalho territorial com os usuários de drogas, a partir do princípio da atenção integral em saúde.

Antes em 2010, um conjunto de fomentos à rede de atenção psicossocial também se deram. Foram aprovadas as Normas de Funcionamento e Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas – SHRad¹⁰, buscando ampliar o número de leitos para esses usuários em hospitais gerais. Instituiu-se o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas, 24 horas, o CAPS AD III¹¹, que para municípios de grande porte torna-se um dispositivo fundamental.

As políticas do Executivo Federal após o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, em 2010,

⁹Ver Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

¹⁰Ver Portaria Nº 2.842, de 20 de setembro de 2010.

¹¹Ver Portaria Nº 2.841, de 20 de setembro de 2010.

descortinou o subfinanciamento do SUS e, portanto, da saúde mental, mas a apropriação política dessa constatação caminhou para enunciações diferentes nas respostas: uma, liderada por políticos em frentes do Congresso Nacional avaliou ser o SUS insuficiente para enfrentar o problema do crack, desconsiderou as conquistas do controle social¹² na saúde pública, chegou a decretar o fim da reforma psiquiátrica e pressionou pela inclusão das comunidades terapêuticas no âmbito do SUS; outra, protagonizada por parte dos militantes da saúde mental e da reforma psiquiátrica, aproveitou a força política da agenda do crack para fortalecer o SUS, através do financiamento de linhas de cuidado previstas na atenção básica, hospitalar, em saúde mental, formação e pesquisa. Contudo, essas direções no Executivo Federal, se num primeiro momento colidiram, parecem estar passando por alguma acomodação.

O financiamento para as comunidades terapêuticas¹³ foi confirmado no SUS, no interior da rede de atenção psicossocial, com incentivo financeiro destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio aos Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas. Esse incentivo foi previsto para ser de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) mensais para

cada quinze vagas de atenção neste regime. O primeiro *Edital de Chamamento Público nº 8, de 12 de abril de 2012*, realizado pelo Ministério da Saúde, somente conseguiu aprovar cinco propostas em virtude das dificuldades documentais, arquitetônicas e assistenciais das comunidades terapêuticas para esse fim¹⁴.

Estamos, então, num contexto de disputas, alianças e afirmação de projetos que lutam pela liderança das políticas sobre drogas. Diante da suposta “epidemia do crack”, há um discurso de autoridades eleitas e de especialistas da área sem tradição de políticas públicas, que se sentem justificados para propor intervenções imediatas, urgentes, sob a defesa do modelo monoterapêutico da internação, sem declarar outros interesses velados. Sobre a função desse dispositivo, Foucault (1972) indicou:

A era clássica utiliza o internamento de um modo equívoco, fazendo com que represente um duplo papel: reabsorver o desemprego ou pelo menos ocultar seus efeitos sociais mais visíveis, e controlar os preços quando eles ameaçam ficar muito altos. Agir alternadamente sobre o mercado da mão-de-obra e os preços de produção. Na verdade, não parece que as casas de internamento tenham podido representar eficazmente o papel que delas se esperava. Se elas absorviam os desempregados, faziam-no sobretudo para ocultar a miséria e evitar os inconvenientes

¹²Registramos, aqui, o discurso de um Deputado Federal em audiência pública no Congresso, em 2011, quando justificou não ser necessário (re)conhecer as recomendações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, que tinha, no máximo, 4.000 delegados, enquanto ele tinha sido eleito com 130.000 votos. E concluiu: “- Quem tem mais representatividade para indicar o que o país precisa na política de drogas?”

¹³Ver Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012.

¹⁴Essa afirmação foi retirada da exposição de Alexandre Trino, membro do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, no I Seminário de Experiências da Atenção Primária em Saúde com População de Rua, realizado no Rio de Janeiro, em 19 de setembro de 2012. Ele informou que participou do grupo técnico de avaliação das propostas que chegaram ao Ministério da Saúde para concorrência do Edital citado.

políticos ou sociais de sua agitação (FOUCAULT, 1972, p. 80).

Contra essa tendência, a estratégia de redução de danos vem também sofrendo severas críticas desses setores, mas, por outro lado, no âmbito do SUS, parece estar se fortalecendo.

Como o cenário político nacional se encontra muito instável, com fortalecimento de forças conservadoras, mas efervescência de coletivos organizados pela defesa de direitos que outrora não debatiam as políticas sobre drogas, podemos afirmar que as políticas sobre drogas estão mais abertas às disputas e, de forma simultânea, estão contribuindo para uma politização ampliada de entidades e movimentos sociais ao descortinar projetos de exploração e de dominação do capital sobre cidades, territórios e corpos.

3 Conclusão

As políticas de enfrentamento à suposta “epidemia do crack” têm permitido, então, de forma concomitante, ampliar os investimentos do Estado em áreas estratégicas da saúde pública, que estavam e permanecem com subfinanciamento, mas também está incluindo uma tendência distinta, dissociada da estratégia da redução de danos, mais conservadora, de natureza confessional e monoterapêutica. Portanto, não nos parece estar em curso um retorno à cultura manicomial, mas um fenômeno anterior a própria modernidade.

As comunidades terapêuticas e, ou, outros termos que estão recebendo como “acolhimento compulsório” rememoram não os hospitais psiquiátricos, porque estes nasceram no bojo do projeto iluminista, da modernidade, trazendo a razão, o método científico e, em seguida, a prática médica para operar esse novo espaço. O que está sendo atualizado na área de drogas é uma instituição anterior, os hospitais gerais descritos por Foucault (1972), espaços dos pobres, cuidados por autoridades religiosas, o refúgio da sociedade, que se aproximando da morte, recolhiam-se a esses espaços.

Assim, mais uma vez, a droga comparece como simulacro e justificativa para uma ampla teia de atores, interesses e idéias em disputas por hegemonia de um projeto de sociedade e pelas suas correspondentes políticas sobre drogas. A potência do posicionamento político da saúde pública de assumir a liderança dessa política com sua estratégia de redução de danos ainda está sob difícil e tensa construção, mas em conjuntura marcada por contradições a ser exploradas.

Nesse mesmo cenário, a violação de direitos humanos se recrudescer na área de drogas e o proibicionismo às drogas instrumentaliza intervenções militares de combate ao mercado dessas substâncias, ao mesmo tempo que recebe severas críticas sobre a criminalização da pobreza que um Estado Penal produz.

Mas no plano internacional, o proibicionismo às drogas encontra-se

sob crítica hegemonia (LIMA, 2009), podendo ser rompida ou atualizada nos próximos anos. Nosso desejo é que uma agenda democrática sobre as drogas tenha na derrocada do proibicionismo seu substrato. Contudo, muito trabalho ter-se-á pela frente, já que descriminalizar as drogas implicará em regulação do Estado sobre as práticas desse mercado, que há cem anos encontram-se sob o proibicionismo. Até lá, as políticas sobre drogas brasileiras poderão sofrer uma reorientação ancorada nos princípios democráticos, fissurando o proibicionismo nacional, ou atualizando a marcha de combate às drogas com todos os seus efeitos violadores de direitos.

Referências

- BASTOS, F. I. et al. Descentralização, AIDS e Redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 2134-2144, 2007.
- BASTOS, F. I. et al. Revisões em epidemiologia: diversidade na agenda de pesquisa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25 Sup. 3: S338-S339, 2009.
- BOITEUX, Luciana et al. **Sumário Executivo do Relatório de Pesquisa “Tráfico de Drogas e Constituição”**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; Brasília: Universidade de Brasília, jun. 2009b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.842, de 20 de setembro de 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.841, de 20 de setembro de 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CNDST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs). **Saúde e Serviço Social: formação e trabalho profissional**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Brasília/DF: OPAS/OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 88-110.
- BURGIERMANN, Denis Russo. **O fim da guerra. Maconha e a criação de um novo sistema para lidar com as drogas**. São Paulo: Leya, 2011.
- DELGADO, Pedro Gabriel. Drogas: o desafio da saúde pública. In: ACSELRAD, Gilberta (org.). **Avessos do Prazer: drogas, AIDS e direitos humanos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.
- FREITAS, D. S.; SAMPAIO, C. **Redução de danos e SUS: enlances, contribuições e interfaces**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/rdchristianedeisi.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2012.
- FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972.
- KARAM, M. L. Psicologia e sistema prisional. **Revista EPOS Genealogia, Subjetivações e Violências**, Rio de Janeiro,

v. 3, n. 1, jan./jun. 2012. Disponível em: Fonte: <http://revistaepos.org/?p=608>. Acesso em: 22 out. 2012.

KARAM, M. A. Lei 11.343/06 e os repetidos danos do proibicionismo. In: DROGAS e cultura: novas perspectivas. Salvador: Edufba, 2008. p. 105-120.

LIMA, R.C.C de. O proibicionismo às drogas: sua periodização e seus marcos transnacionais. In: GARCIA, Maria Lúcia Teixeira e LEAL, Fabíola Xavier (Org.). **Análise de políticas públicas: temas, agenda, processo e produtos**. SP: Annablume: Vitória: Facitec, 2012. p. 249-288.

LIMA, R. C. C. de. O problema das drogas no Brasil: revisão legislativa nacional. **Libertas**: Revista da Faculdade de Serviço Social/UFJF, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Juiz de Fora, v. 10, n. 1, 2010.

LIMA, R.C.C de. **Uma história das drogas e do seu proibicionismo transnacional: relações Brasil – Estados Unidos e os organismos internacionais**. Rio de Janeiro: UFRJ, Programa de Pós-Graduação da Escola de Serviço Social, 2009. mimeo.

MACHADO, Ana Regina. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas**. Belo Horizonte, 2006. Dissertação (mestrado) - UFMG, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, 2006.

NOGUEIRA, M. A. Gramsci, a questão democrática e a esquerda brasileira. In: COUTINHO, C. N.; NOGUEIRA, M. A. (Org.). **Gramsci e a América Latina**. RJ: Paz e Terra, 1985.

RELATÓRIO da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas realizado pelo Conselho Federal de Psicologia em 2011. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

RODRIGUES, T. **Política e drogas nas Américas**. São Paulo: EDUC, FAPESP, 2004.

RODRIGUES, T. Tráfico, Guerra, Proibição. In: **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: Edufba, 2008.

SANCHES, R. R.; ASSIS, F. C. L. de. Sobre a “guerras às drogas” e os direitos humanos. In: ENCONTRO DE DIREITOS HUMANOS DA UNESP, 3., 2009. **Anais...** São Paulo: UNESP, 2009.

TAVARES, Priscilla dos Santos Peixoto Borelli. **Uma revisão do debate sobre a redução de danos: uma estratégia para as políticas sobre drogas**. Rio de Janeiro, 2012. Monografia (graduação) - Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2012.

TEIXEIRA, Paulo. **Discurso feito no Grande Expediente da Câmara dos Deputados**. Brasília: Câmara dos Deputados, 28 out. 2009.

VASCONCELOS, E. M. **Saúde Mental e Serviço Social**. São Paulo: Ed. Cortez, 2000.