

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E BIOLÓGICAS

Pablo Rabello de Oliveira Santos

**PROIBICIONISMO COMO "SITUAÇÃO-LIMITE": DIFERENTES ABORDAGENS
SOBRE DROGADIÇÃO NO ENSINO DE CIÊNCIAS E BIOLOGIA**

Sorocaba

2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E BIOLÓGICAS

Pablo Rabello de Oliveira Santos

**PROIBICIONISMO COMO "SITUAÇÃO-LIMITE": DIFERENTES ABORDAGENS
SOBRE DROGADIÇÃO NO ENSINO DE CIÊNCIAS E BIOLOGIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de Graduação em Licenciatura em Ciências
Biológicas como requisito parcial para a obtenção
do grau de licenciado em Ciências Biológicas pela
Universidade Federal de São Carlos.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Fernando Gouvêa da
Silva.

Sorocaba

2022

Rabello de Oliveira Santos, Pablo

Proibicionismo como "Situação-limite": diferentes abordagens sobre drogadição no ensino de ciências e biologia / Pablo Rabello de Oliveira Santos -- 2022. 82f.

TCC (Graduação) - Universidade Federal de São Carlos, campus Sorocaba, Sorocaba

Orientador (a): Antônio Fernando Gouvêa da Silva

Banca Examinadora: Fernando de Faria Franco,
Fernando Henrique Ferreira

Bibliografia

1. Ensino sobre drogas. 2. Proibicionismo. 3. Situação-limite. I. Rabello de Oliveira Santos, Pablo. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática
(SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Maria Aparecida de Lourdes Mariano - CRB/8
6979

FOLHA DE APROVAÇÃO

PABLO RABELLO DE OLIVEIRA SANTOS

PROIBICIONISMO COMO "SITUAÇÃO-LIMITE": DIFERENTES ABORDAGENS SOBRE DROGADIÇÃO NO ENSINO DE CIÊNCIAS E BIOLOGIA

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Licenciatura em Ciências Biológicas como requisito parcial para a obtenção do grau de licenciado em Ciências Biológicas pela Universidade Federal de São Carlos.

Sorocaba, 25 de abril de 2022.



Orientador: _____
Prof. Dr. Antônio Fernando Gouvêa da Silva.



Examinador: _____
Prof. Dr. Fernando de Faria Franco.

Examinador:- Fernando H. Ferreira

Me. Fernando Henrique Ferreira.

Dedico este trabalho as substâncias psicoativas, sem elas, não seria possível a realização do mesmo.

AGRADECIMENTOS

Esse agradecimento está sendo escrito antes mesmo da conclusão dos capítulos deste trabalho. Boa parte do trabalho está incipiente, entretanto, reconheço bem aqueles a quem gostaria de prestar os agradecimentos.

O primeiro agradecimento vai para Antônio Fernando Gouvêa. Sua importância extrapola os limites acadêmicos e da construção desta monografia. Sem dúvidas, até o momento, foi o professor que mais influenciou minha maneira de enxergar e agir no mundo. Posso garantir por mim, e observando aqueles que convivo, que suas aulas não foram palavras ao vento, a pedagogia problematizadora, dialógica e do compromisso ético/político, é realmente revolucionária, o erro é achar que a revolução se constrói de grandes atos. A você, meus mais sinceros agradecimentos e alguns rancores, afinal o processo de tomada da consciência crítica é, muitas vezes, doloroso.

A Mayara Torres, minha companheira e amiga, parte fundamental nos processos para além da construção direta do trabalho, mas que o influenciou grandemente. Para você, meus carinhos e profundos agradecimentos.

A Larissa Galende, agradeço por me mostrar os caminhos que me levaram ao ingresso, e agora egresso, desta instituição de ensino.

Ao David Azevedo, que de tanto ouvir sobre, conseguiria facilmente apresentar o trabalho em meu lugar. A você, por essas e outras, meu muito obrigado.

A Bianca Bimbatti, vulgo "Cachos", agradeço pelas contribuições ao longo do processo de escrita do trabalho. Agradeço também, por levar para mais próximo das ideias de Paulo Freire.

A Isabela Toledo, detentora de conhecimentos múltiplos e bondade infinita. Compartilhamos de uma bonita relação, uma amizade sincera, o que gosto de chamar de "o grande amor de Toledo". Te agradeço.

Aos amigos que fizeram da minha graduação algo para se lembrar, os quais sinto muita falta: Luan de Siqueira, Jhennifer Leisiane, Rafael Borba, Yuri Sampaio, Samara Gonçalves, Izabel Boni, Bruno Lincoln, Anna de Oliveira, Sérgio Lemos, Nicoli Carriel, dentre outros que possa ter esquecido.

Ao Ramon Rabello, meu irmão, aquele que admiro, aquele que discuto, aquele que amo e odeio, mais uma das contradições. Agradeço.

Aos responsáveis pela minha existência, agradecimentos, são poucos. Daniela Rabello, cujo a bondade e solidariedade me inspira, e Elves Aparecido, aquele que busca (ou aparenta buscar) respostas pela razão, a qual, aprendi a valorizar. Sou fruto, não apenas biológico, mas cultural, de vocês. Que todo sangue e suor escorridos de suas testas, sejam de alguma maneira recompensados por mim.

Agradeço, a todos vocês, o tempo que dedicaram a mim e a minha formação, de maneira direta ou indireta.

DESDUO 50MG - PARA CASOS CLÁSSICOS

"(...) Para o que serve?

"Desduo (succinato de desvenlafaxina monoidratado) é indicado para tratamento do transtorno depressivo maior (TDM, estado de profunda e persistente infelicidade ou tristeza acompanhado de uma perda completa do interesse pelas atividades diárias normais). (...)

Como Desduo funciona?

O princípio ativo de Desduo® age aumentando a disponibilidade de dois neurotransmissores (serotonina e noradrenalina, substâncias encontradas no cérebro). A falta desta substância pode causar a depressão. O uso de Desduo® ajuda a corrigir o desequilíbrio químico da serotonina e da noradrenalina no cérebro que é a causa bioquímica da depressão. O tempo estimado para o início da ação do medicamento é de até 7 dias.

(...) Como usar o Desduo?

Desduo® deve ser usado apenas por via oral. Engula inteiro o comprimido de Desduo®, diretamente com um pouco de líquido.

Tome sempre o medicamento exatamente como orientado por seu médico. Só o médico deve definir a duração do tratamento. (...)

(...) Quais as reações adversas e os efeitos colaterais do Desduo?

- Reação Muito Comum (ocorre em mais de 10% dos pacientes que utilizam este medicamento): insônia, dor de cabeça, tontura, sonolência, náusea, boca seca, hiperidrose (suor excessivo).

- Reação Comum (ocorre entre 1% e 10% dos pacientes que utilizam este medicamento): redução

do apetite, síndrome de abstinência, ansiedade, nervosismo, sonhos anormais, irritabilidade, redução da libido, anorgasmia (falta de prazer sexual ou orgasmo), tremor, parestesia (dormência e formigamento), distúrbios de atenção, disgeusia (alteração do paladar), visão borrada, midríase (pupila dilatada), vertigem (tontura), tinido (zumbido no ouvido), taquicardia (aceleração dos batimentos cardíacos), palpitação, aumento da pressão sanguínea, fogachos, bocejos, diarreia, vômitos, constipação, rash, rigidez musculoesquelética, disfunção erétil, ejaculação tardia, fadiga, astenia (fraqueza), calafrios, sensação de nervosismo, teste de função anormal do fígado, aumento de peso, redução de peso.

- Reação Incomum (ocorre entre 0,1% e 1% dos pacientes que utilizam este medicamento): hipersensibilidade (alergia), despersonalização, orgasmo anormal, síncope (desmaio), discinesia (movimentos involuntários, principalmente dos músculos da boca, língua e face, ocorrendo exteriorização da língua e movimentos de um canto a outro da boca), hipotensão ortostática (diminuição da pressão arterial ao levantar), extremidades frias, epistaxe (sangramento nasal), alopecia (perda de cabelo), retenção urinária, hesitação urinária, proteinúria (proteína aumentada na urina/eliminação de proteínas pela urina), distúrbio de ejaculação, falha na ejaculação, disfunção sexual, aumento do colesterol sanguíneo, aumento do triglicéride sanguíneo, aumento da prolactina sanguínea.

- Reação Rara (ocorre entre 0,01% e 0,1% dos pacientes que utilizam este medicamento):

hiponatremia (redução da concentração de sódio no sangue), mania, hipomania, alucinação, síndrome serotoninérgica (alterações do estado mental, dos movimentos entre outras), convulsões, distonia (contração involuntária da musculatura, lenta e repetitiva), cardiomiopatia do estresse (cardiomiopatia de Takotsubo), pancreatite (inflamação no pâncreas) aguda, síndrome de Stevens-Johnson (reação alérgica grave com bolhas na pele e mucosas), angioedema (inchaço das partes mais profundas da pele ou da mucosa, geralmente de origem alérgica), reação de fotossensibilidade (sensibilidade exagerada da pele à luz). (...)"

E o pior efeito colateral que sofri, foi não ter tomado isso antes.

RESUMO

Esse trabalho surge das inquietações e não concordâncias, deste autor, com relação a maneira pela qual a drogadição é tratada pelo ensino de ciências e biologia. As tratativas das drogas no ensino de ciências e biologia é fruto de um complexo processo histórico, que desembocou em uma abordagem biologizante do tema nas escolas. A concepção biomédica da drogadição se vale classificações sobre os diferentes tipos de drogas, de acordo com seus efeitos no corpo, perturbadoras, depressoras e estimulantes, bem como busca caracterizar o caso dependente com base na frequência, sinais e sintomas sobre o uso. A dependência é tratada como fim último para o uso de drogas e o entendimento de saúde é fragmentado, o que reflete na concepção biomédica no ensino sobre o tema. Esta concepção, porém, que deveria chancelar (e chancela) a proibição de umas e legalidade de outras substâncias, apresenta arbitrariedades. Ao observarmos mais atentamente a legislação brasileira sobre drogas e suas consequências a população, há uma desproporcionalidade e um recorte bastante claro da parcela da população, que sofre na prática, os ecos proibicionistas, a população racializada como negra, no qual, os últimos movimentos legislativos sinalizam retrocessos éticos. A história sobre o proibicionismo grita as razões pelas quais observamos a atual conjuntura. As perguntas do presente trabalho são: quais as diferentes concepções sobre o tema no ensino de ciências e biologia? E quais fatores as influenciam? Dessa forma, objetivo principal foi diagnosticar a perspectiva biomédica e as bases do proibicionismo. Posteriormente, será foca a questão das concepções de ensino propriamente ditas. A coleta de dados se deu com base na literatura disponível. Foram encontradas três principais concepções de ensino: biomédica, tradicional (guerra às drogas) e redução de danos. A primeira se utilizando de um caráter biologizante, a segunda do amedrontamento sobre o tema, ambas visando a abstinência do uso de drogas. Por fim, a terceira, traz divergências importantes com relações as demais e dentro do que é tratado como “redução de danos” de forma homogênea. Nos alinhamos com a concepção de redução de danos mais abrangente, que dialoga com uma abordagem socioecológica de saúde. Com base no pensamento de Paulo Freire, entende-se que para se alcançar uma perspectiva de redução de danos que visa a liberdade e autonomia dos educandos, o proibicionismo deve ser tratado como uma “situação-limite”, ou seja, uma situação de contradição social que impede a humanização e o vislumbre do “inédito viável”.

Palavras-chave: Drogadição; Proibicionismo; Concepções de ensino sobre drogas; Concepção biomédica; Redução de danos.

ABSTRACT

This study was developed from the author's concerns regarding how drug addiction is treated in science and biology teaching. The treatment of drugs in the teaching of science and biology is the result of a complex historical process, resulting in a biological approach to the theme in schools. The biomedical conception of drug addiction uses classifications on different types of drugs, according to their effects on the body (disturbing, depressant and stimulant), as well as characterizes the dependent case based on the frequency, signs and symptoms of use. Dependence is treated as the ultimate end for drug use and the understanding of health is fragmented, reflecting on the biomedical conception adopted in schools, especially in biology and science classes. This conception, however, which should seal (and does seal) the prohibition of some substances and the legality of others, is full of arbitrariness. When we look closely at the Brazilian drug legislation and its consequences for your people, there is a disproportionality and a very clear cut of a portion of the population, who are the ones that in practice suffer from prohibitionist echoes, especially the population racialized as black, in which, the latest legislative movements show ethical setbacks. The story about prohibitionism screams out the reasons why we observe the current conjuncture. The questions proposed in this work were as follows: what are the different conceptions on this subject in science and biology teaching? What factors influence them? In this way, a broader understanding of the subject was aimed at, mainly in relation to the biomedical perspective and the bases of prohibitionism. Subsequently, the study will focus on teaching conceptions. The work is a theoretical work, making use of bibliographic research. Three main teaching concepts were found: biomedical, traditional (war on drugs) and damage reduction. The first one, using a biologizing character, the second, the fear on the subject, both aimed at abstinence from drug use. Finally, the last one brings important divergences with the others and within what is treated as "damage reduction" in a homogeneous way. We align ourselves with the broader harm reduction concept, which dialogues with a socioecological approach to health areas. Finally, it is understood in this work, using Paulo Freire, that in order to achieve a damage reduction perspective that aims the freedom and autonomy of the students, prohibitionism must be treated as a "limit situation", that is, a situation of social contradiction that prevents humanization and the glimpse of the "viable unprecedented".

Keywords: Drug addiction; Prohibitionism; Teaching conceptions about drugs; Biomedical design; Damage reduction.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

BNCC - Base Nacional Comum Curricular

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

CFP - Conselho Federal de Psicologia

CID 10 - 10ª Edição da Classificação Internacional de Doenças

ES - Educação em Saúde

EUA - Estados Unidos da América

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

III LNUD - III Levantamento Nacional Sobre Uso de Drogas pela População Brasileira

Infopen - Levantamento de Informações Penitenciárias

OMS - Organização Mundial da Saúde

PCN - Plano Curriculares Nacionais

PCNEM - Planos Curriculares Nacionais do Ensino Médio

PL - Projeto de Lei

PLC - Projeto de Lei na Câmara

PT - "Perca Total"

RD - Redução de Danos

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SISNAD - Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas

SUS - Serviço Único de Saúde

UNDCP - Programa das Nações Unidas Para o Controle Internacional de Drogas

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Ciência, a Educação e a Cultura

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
1 - COMO O MODELO BIOMÉDICO EXPLICA AS DROGAS E A DROGADIÇÃO?	24
1.2 - Disposições legislativas e sociais do estigma sobre o uso de drogas.	34
1.3 - Qual a construção histórica das medidas proibicionistas no Brasil e seus porquês?	39
1.3.1 - Drogas como mercadoria.	39
1.3.2 - Moralismo, racismo e discurso médico.	44
2 - DIFERENTES CONCEPÇÕES DO ENSINO SOBRE DROGAS	54
2.1 - Proibicionismo como "situação-limite"	67
CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76

INTRODUÇÃO

A escolha do tema deste trabalho não foi casual. Minha história com a drogadição vem de um tempo, nada dramático, nada preocupante. Pelo contrário, muitas vezes prazeroso, algumas vezes perigoso e poucas vezes os problemas associados ao uso de drogas, que sempre escutamos, se fizeram reais. Nesta introdução darei breves relatos sobre minhas experiências com as drogas, contarei como surgiu a escolha da temática, bem como irei apresentar o que se espera na leitura dos próximos capítulos.

Aos 15 anos, tive minha primeira experiência com uma droga ilícita. Fumei meu primeiro baseado, bolado na folha de uma bíblia pequena que foi distribuída na escola, eu e meus amigos achamos engraçado na época, e confesso que dou risada disso até hoje. Acho um ato de subversão, ainda que tenha sido pouco crítico. Fomos eu, uma amiga e um amigo. Não podíamos fumar em nossas casas, claro, então fomos a um parque bastante arborizado, próximo a região que morávamos, entramos por um buraco na cerca nos fundos do parque, não podíamos ser vistos, afinal quem cuidava do local era a Guarda-Municipal.

O amigo era o mais entendido, já havia fumado antes, levou os baseados já bolados, também levou o isqueiro. Todos tiramos as camisetas, para não ficar com o cheiro - uma preocupação para aqueles que fumam escondido. "Acende, puxa, prende, passa", o ritual realmente acontece, como o Gabriel Pensador canta na música. O baseado rodou, rodou, continuamos queimando tudo até a última ponta. Me lembro de um sentimento de frustração, não senti nada, além de fumar num papel de bíblia dava pigarra.

Onde conseguimos a maconha? Isso foi fácil. Bastou pedir a um garoto que estudava na escola. Contrariando o estereótipo, não era uma escola pública.

Nos tinha sobrado mais um, então marcamos novamente, de manhã, já que tínhamos aulas à tarde. Novamente no mesmo lugar, a mesma entrada pelos fundos do parque. Tiramos as camisetas, baseado aceso, conversas e risadas rolando. Porém, sempre havia uma apreensão no ar, não podíamos ser pegos. E dessa vez, um dos guardas do parque apareceu - acredito que estava fazendo apenas uma ronda - estávamos relativamente longe, mas o susto foi grande. No desespero, pegamos nossas camisetas e saímos correndo, o guarda gritou algo, não deu para escutar

direito. Corremos muito pela rua, até ficar longe o suficiente, depois do nervosismo achamos engraçado, tinha a sensação de perigo e o alívio de não sermos pegos, nossos pais não iriam ficar nada contente. Infelizmente, não voltamos mais lá, o lugar ficou marcado, gostava de lá.

Passou-se um tempo, agora estava com 16 anos, eu e alguns amigos fomos a uma festa bastante conhecida da cidade. A festa começava no estacionamento do local, o famoso "esquentão". Já havia ficado bêbado algumas vezes, mas esse dia passei do meu limite. Conseguir bebidas alcoólicas, mesmo todos sendo menores de idade, nunca foi um grande problema, nessa festa muito menos. Havia muita bebida, e todos os conhecidos que encontrávamos nos davam ainda mais. O resultado, como já disse, foi a embriaguez total, fiquei bastante desorientado, acabei me perdendo dos meus amigos, e se não fosse pela equipe de enfermagem da festa, não sei o que teria acontecido. Foi o primeiro, e pior "PT", que já aconteceu comigo, sem contar a ressaca moral e física do outro dia.

Esses foram um dos meus primeiros contatos com as drogas, e os mais marcantes dessa época, havendo diversos outros que vieram depois. Quis trazer esses episódios pois acho que ilustram bem a situação da drogadição no país. No primeiro caso, apesar da pouca idade, o real perigo não se encontrava sobre minha saúde, a maconha teve pouco efeito sobre meu corpo, senti como se estivesse levemente embriagado, não houve perda de consciência, desorientação, alucinações, como muitos proibicionistas costumam relatar sobre os efeitos do uso da substância. O real perigo pairava sobre nossa segurança, estávamos em um ambiente inseguro, com o risco de sermos pegos, sofreremos algum tipo de violência e caso houvesse algum problema relacionado ao uso, para quem iríamos recorrer?

No segundo caso, por mais que houvesse a questão legal do uso das bebidas alcoólicas por parte de menores de idade, não há sobre a mesma o estigma social da ilicitude presente no uso da maconha. Relatei um uso excessivo de álcool, que me gerou desorientação, vômitos, e perda de consciência - o que não ocorreu quando usei maconha -, no qual, tive apoio médico para que os danos não fossem mais graves. Apoio estes, que só existia e existe devido ao álcool ser uma substância legalizada. Os profissionais da saúde que atuam em festas, sabem que álcool não é a única substância utilizada, entretanto, a presença destes profissionais decorre do assumir que o álcool será utilizado, e que ocorrerá seu uso excessivo, afinal as drogas

ilícitas teoricamente não deveriam estar ali, então por que se preocupar com algo que se assume que não irá acontecer?

Alguns anos se passaram e ingressei na UFSCar. Ao longo de minha graduação, os psicoativos estiveram bastante presentes, mas o interesse estava sempre relacionado ao uso. Comecei a perceber a importância do tema, mais especificamente o que Henrique Carneiro irá chamar de "valor de signo" das drogas, quando ingressei no estágio em Biologia, numa escola pública no período noturno em Sorocaba, em 2019. Os "valores de signo", seriam todas representações simbólicas que projetamos sobre as drogas, como proporcionadora dos mais diversos prazeres, como panaceia para os males, e mais especificamente para as substâncias ilícitas, o valor de tabu, a projeção do ilegal, do perigoso, percepções criadas e reforçadas pelas medidas proibicionistas.

Logo no primeiro dia de estágio, na sala do terceiro ano do ensino médio, após entrarmos na sala e nos apresentarmos (o estágio era em duplas), estava procurando uma carteira para me sentar, então um dos alunos, sem mais nem menos, me fala: e professor, cê tem cara de quem fuma um em, cê fuma, né? Todos ao nosso redor deram risada, inclusive eu, não sabia o que responder, fiquei sem jeito. Percebi, por essas e outras, que as drogas eram assunto popular.

Antes de entrar na escola, aos arredores, era comum ver grupos de alunos reunidos na calçada. O cheiro denunciava, estavam fumando um baseado. Não via com maus olhos o ato de estarem fumando, a problemática era observar os mesmos alunos da roda, sonolentos, desatentos, quando não, dormindo nas aulas. A situação se complexifica quando um dia, ao chegar na escola, observo uma viatura da polícia militar parada em frente ao portão dos alunos. Ao perguntar para os professores o que estava acontecendo, a resposta foi: tem aluno vendendo drogas dentro da escola. Confesso que não sei detalhes da situação, se a escola buscou outras maneiras de lidar, mas o fato foi: chamou a polícia, objetivando punir criminalmente o aluno.

Em sala de aula¹, agora com o primeiro ano do ensino médio, de acordo com a sequência de temas a serem tratados na apostila, chegou o tema do uso de drogas. Me recordo de algumas coisas, dentre elas, um retrato bastante claro do que diversos autores têm falado: a abordagem biologizante do assunto, tratando o uso de drogas como uma questão de saúde, citando, porém, não aprofundando a questão social do

¹ Para não cometer injustiça, não me recordo se o caso de polícia foi antes ou depois do que irei relatar.

uso de substâncias psicoativas, esquecendo por completo dos aspectos históricos, sociais e econômicos das drogas e seus usos. Mesmo as questões relacionadas à saúde, foram trabalhadas de maneira bastante superficial e descontextualizada. O professor, bastante apegado aos conteúdos da apostila, se recusava a responder às perguntas "polêmicas", talvez por não as achar relevantes, por não saber responder, ter preconceitos sobre o tema, ou todos esses fatores juntos.

Ocorrendo a aula, antes ou depois do envolvimento da polícia na escola, estava bastante claro a descontextualização com que o assunto é tratado na disciplina de biologia, desprovido de crítica, não levando em consideração as consequências sociais do proibicionismo, a seletividade de classes e étnica da "guerra às drogas". Ao tratar toda a complexidade do tema apenas como um problema de saúde, deixa oculto os interesses de classes presentes nessa "guerra". Esta percepção simplista do tema, somente pode ser superada por um ensino de ciências e biologia críticos, que visam abarcar a totalidade de sua complexidade. Nesse sentido, as ideias de Paulo Freire contribuem, e muito.

Nesse sentido, a pergunta que direcionou o trabalho foi: quais as diferentes concepções sobre o tema no ensino de ciências e biologia? E quais fatores as influenciam? Dessa maneira, objetivou-se compreender de maneira mais geral os entendimentos sobre o tema, nos debruçando principalmente com relação a interpretação biomédica da drogadição, a questão do proibicionismo e suas consequências, bem como sua base histórica. Para responder às perguntas de maneira mais direcionada, focou-se em diferenciar as abordagens presentes na educação com relação ao tema.

Os capítulos a seguir são frutos de um trabalho teórico. Seguindo a classificação de Sá-Silva et. al. (2009, p. 5), a presente monografia se encaixa no método de "pesquisa bibliográfica", uma vez que foram utilizadas de fontes secundárias aqui, ou seja, fontes que já passaram por algum tratamento científico², elas podem ser, "livros, periódicos, enciclopédias, ensaio críticos, dicionários e artigos científicos". Os autores ressaltam a importância, para esse método, de possuir certeza se as

² "É fundamental que os (as) cientistas sociais entendam o significado de fontes primárias e fontes secundárias. As fontes primárias são dados originais, a partir dos quais se tem uma relação direta com os fatos a serem analisados, ou seja, é o pesquisador (a) que analisa. Por fontes secundárias compreende-se a pesquisa de dados de segunda mão (OLIVEIRA, 2007), ou seja, informações que foram trabalhadas por outros estudiosos e, por isso, já são de domínio científico, o chamado estado da arte do conhecimento." (SÁ-SILVA, 2009, p. 6).

fontes pesquisadas são reconhecidamente científicas. Em contrapartida, apesar de possuir semelhanças, o artigo também discute a “pesquisa documental”, que, ao contrário da discutida acima, se vale da análise de documentos que não receberam nenhum tratamento científico.

O primeiro capítulo vem como uma tentativa de compreensão, de alguma maneira, da amplitude da complexidade da temática. Para tanto, buscou-se contextualizar como a perspectiva médica, utilizando de critérios clínicos e farmacológicos, consideram e caracterizam o que se entende por “drogas” e o “caso dependente”. Estão apresentadas informações sobre quantidade de uso de substâncias, alguns dados demográficos de seus usuários, registros sobre os “dependentes”, bem como registros de mortalidade relacionado ao uso de substâncias psicoativas. A discrepância das quantias relacionadas ao uso e mortalidade associada ao uso de drogas lícitas e ilícitas, no qual, a primeira categoria de droga apresenta bem mais “usuários” e óbitos associados do que a segunda, nos leva a questionar se o critério saúde e prevenção de uso, realmente são os impulsionadores das medidas proibitivas, como muitas vezes nos é apresentado pelo discurso hegemônico. Para as informações sobre uso, demografia e mortalidade associada foi usado como principal referência o III Levantamento Nacional Sobre Uso de Drogas pela População Brasileira (LNUD) (2017).

Impulsionados pelo questionamento sobre as reais motivações das medidas proibitivas, os tópicos subsequentes do primeiro capítulo foram redigidos. O tópico 1.2 vem como uma tentativa de compreendermos o que diz a legislação sobre drogas no país, apontando suas arbitriedades, para isso utilizamos principalmente textos de Maria Lúcia Karam. Outro ponto bastante trabalhado neste tópico, diz respeito as consequências das medidas punitivas sobre as drogas e sua seletividade prática, com um recorte racial bem marcado, punindo muitas vezes a população racializada como negra. Ao término desta divisão, encontram-se algumas informações sobre os retrocessos da “nova legislação” sobre drogas, os perigos que traz com relação ao tratamento do dependente (ou suposto dependente), bem como encontrou-se uma relação desta nova legislação com interesses de agentes conservadores da sociedade brasileira.

O tópico 1.3.1, “Drogas como mercadoria”, como o próprio nome sugere, busca caracterizar as substâncias psicoativas como mercadorias, dessa forma, possuindo “valores de uso”, “valores de troca” e, segundo Henrique Carneiro, “valores de signo”,

que conferem o estigmatização das mesmas. O autor citado, neste tópico, possui protagonismo, porém, serviu de bússola para os estudos relacionados a história das drogas e seu proibicionismo, influenciando grandemente este trabalho. O tópico possui como objetivo, estabelecer relação histórica entre o início das tratativas de drogas como um “problema social” e a ascensão imperialista do sistema capitalista.

“Moralismo, racismo e discurso médico”, título da subdivisão 1.3.2, vem como uma espécie de denúncia, através das bases históricas, das intencionalidades veladas com relação ao proibicionismo. Para melhores entendimentos da questão moral utilizada para argumentar as medidas proibitivas, utilizamos das ideias do italiano Antônio Gramsci, mais especificamente de seu livro *Americanismo e Fordismo*. As ideias de Gramsci, sobre o controle social para aumento da produtividade, são complementadas com o entendimento histórico das leis internacionais proibicionistas, os discursos preconceituosos utilizados como forma de criminalizar o uso de algumas substâncias (principalmente a maconha) pelas populações marginalizadas, bem como a apropriação do discurso médico sobre a temática, categorizando o uso de drogas como uma questão de saúde, uma doença.

O capítulo 2, possui como objetivo o entendimento das principais concepções de ensino relacionado a temática das drogas e drogadição, tema este delegado muitas vezes ao ensino de ciências e biologia. As próprias disciplinas que geralmente abordam esse tema já nos indicam qual a concepção hegemônica de ensino: a abordagem biomédica. Os autores consultados na pesquisa, indicam, por sua vez, que possuem mais duas abordagens relevantes sobre o tema, a “tradicional”, também conhecida como “guerra às drogas”, e a “Redução de Danos”, está última possuindo divergências teóricas e práticas importantes entre as anteriormente citadas, e dentro de sua própria abordagem, não se apresentando como uma abordagem homogênea. Como forma de complementar o levantamento e para melhores explicações, buscou-se estabelecer relações entre as abordagens de ensino sobre drogas e diferentes concepções de saúde, para tal utilizou-se, principalmente, da tese de doutorado de Liziane Martins (2017).

Por fim, o tópico 2.1, após as críticas elaboradas, principalmente com relação a abordagem biomédica, vem propor o entendimento do proibicionismo das drogas como uma “situação-limite”, ou seja, as políticas proibicionistas através de suas consequências práticas representam um impeditivo para a humanização dos sujeitos, no caso da educação, dos educandos. Se utilizando de Paulo Freire, se entende por

“situações-limites”, situações codificadas de desumanização, na qual, os sujeitos podem ter diferentes níveis de consciência. Essas situações codificadas impedem o vislumbre do “inédito-viável”, o vislumbre de suas superações. Para o alinhamento da concepção pedagógica sobre a drogadição defendida neste trabalho, a Redução de Danos visando a autonomia dos educandos, se apresenta como condição necessária a tratativa do proibicionismo como contradição social, como agente da desumanização.

1 - COMO O MODELO BIOMÉDICO EXPLICA AS DROGAS E A DROGADIÇÃO?

Como diria Torcato (2016), as dificuldades de trabalhar com a temática começam na própria definição do termo "droga". Olmo (1990, p. 21) nos conta que "um jovem, pergunta ao seu pai, um famoso toxicólogo inglês: papai, o que é uma droga?". E a resposta foi: "uma droga, meu filho, é uma substância, que injetada em um cachorro, produz uma pesquisa." Rosa Del Olmo, ao relatar tal diálogo, evidencia de maneira cômica uma parcela do entendimento sobre a questão, o entendimento biomédico - se o pai do jovem fosse sociólogo, talvez a resposta fosse outra. Dessa maneira, ao longo deste capítulo buscaremos, de forma sintética, sistematizar o entendimento biomédico sobre as drogas e seus usos.

As drogas psicotrópicas são substâncias naturais ou sintéticas que ao entrarem em contato com o organismo, atuando no sistema nervoso central, resultam em mudanças fisiológicas e alterações de comportamento, humor e cognição, possuindo grande propriedade reforçadora sendo, portanto, passíveis de autoadministração (OMS, 2002). Essa definição é uma das mais correntes no meio científico, caracterizando as drogas numa perspectiva biológica, no qual, qualquer substância química, natural ou sintética, capaz de modificar um sistema biológico é uma droga. Não fazendo distinção entre termos, como medicamentos prescritos com indicações terapêuticas previamente estabelecidas, e "drogas", substâncias que normalmente são comercializadas de forma ilegal, associadas a algo ruim, perigoso, envolvendo mitos e tabus (LIMA, 2013).

Em termos legais a nomenclatura "droga" refere-se a substâncias psicoativas e, em particular, às drogas ilícitas ou aquelas cujo uso é regulado por lei (LIMA, 2013). De acordo com a legislação brasileira no parágrafo único art.1º da Lei nº 11.343/2006 que institui o Sistema Nacional de Políticas Sobre Drogas (SISNAD), drogas são "substâncias ou produtos capazes de causar dependência". A mesma lei, art. 2º: "ficam proibidas, em todo o território nacional, as drogas, bem como o plantio, a cultura, a colheita e a exploração de vegetais e substratos dos quais possam ser extraídas ou produzidas drogas, ressalvada a hipótese de autorização legal ou regulamentar, bem como o que estabelece a Convenção de Viena, das Nações Unidas, sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971, a respeito de plantas de uso estritamente ritualístico-religioso."

As definições expostas, estão dentro de um grande grupo de entendimento da drogadição, o “Modelo médico ou de doença”.

O modelo está baseado na “suposição de que a dependência de substâncias psicoativas seja entidade nosológica distinta e de caráter progressivo, com origens ou manifestações físicas e necessita de tratamento médico (...) e as causas da doença está relacionada aos fatores genéticos, biológicos, estruturais de natureza química” (PILLON, LUIS, 2004, p. 678).

Neste modelo, os tratamentos são focados na recuperação do uso, abuso e/ou dependência da substância, no qual o objetivo a ser alcançado é a abstinência total. O modelo também prevê ações interventivas de prevenção através da educação, busca-se a valorização da saúde e conhecimento de ações e prejuízos de certas drogas ao organismo, bem como entendimento das alterações nos comportamentos e atitudes pessoais que essas substâncias podem causar (PILLON, LUIS, 2004).

Os critérios farmacológicos (que reforçam, muitas vezes, a argumentação biomédica) consideram as estruturas químicas das substâncias, seu mecanismo de ação e principais características farmacológicas, subdividindo as drogas em depressoras, estimulantes e perturbadoras (LIMA, 2013). Swendsen e Le Moal (2011), descrevem a farmacologia como um dos principais paradigmas nas pesquisas sobre drogas. Segundo os autores, a abordagem farmacológica clássica está centrada no medicamento, baseada na neuroplasticidade e nas vulnerabilidades individuais adquiridas pelos seus usos. Esse paradigma é amplamente usado em laboratórios, que tem como objetivo, entender o tipo e a quantidade de substância consumida ou administrada, para elucidar as mudanças neurobiológicas que levam a transição de uso inicial da substância para o comportamento compulsivo e à perda de controle.

Swendsen e Le Moal (2011), ainda pontuam que as pesquisas em neurociências básicas demonstram papel fundamental no entendimento de fatores biológicos e genéticos na propensão de um indivíduo em desenvolver um distúrbio pela drogadição. Entretanto, reconhecem como limitações do paradigma a ignorância dessa perspectiva em relação às outras áreas de estudo científico sobre o tema. Ignorando, por exemplo, as contribuições da epidemiologia com dados sociodemográficos relacionados a idade, sexo, escolaridade, limitações de renda etc. Não contemplando também as contribuições da psicologia clínica e psiquiatria, que

destacam a forte associação da dependência com traços de personalidade ou transtornos mentais.

Olhando para os critérios clínicos, os indicadores estão associados à Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento, da décima edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (OMS, 1993), que propõe definir os usos das drogas de acordo com sua frequência e periodicidade, adotando parâmetros quantitativos para caracterização dos usos, geralmente dispostos em anos, meses e dias, estipulando diferentes quantidades de uso dentro dessas escalas temporais. O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) detalha essas classificações de uso, de acordo com a OMS:

- **Uso na vida:** o uso de droga pelo menos uma vez na vida;
- **Uso no ano:** o uso de droga pelo menos uma vez nos últimos doze meses;
- **Uso recente ou no mês:** o uso de droga pelo menos uma vez nos últimos 30 dias;
- **Uso frequente:** uso de droga seis ou mais vezes nos últimos 30 dias;
- **Uso de risco:** padrão de uso que implica alto risco de dano à saúde física ou mental do usuário, mas que ainda não resultou em doença orgânica ou psicológica;
- **Uso prejudicial:** padrão de uso que já está causando danos à saúde física ou mental;
- **Não-usuário:** nunca utilizou drogas;
- **Usuário leve:** utilizou drogas no último mês, mas o consumo foi menor que uma vez por semana;
- **Usuário moderado:** utilizou drogas semanalmente, mas não todos os dias, durante o último mês;
- **Usuário pesado:** utilizou drogas diariamente durante o último mês (CEBRID, s.d).

Segundo o CEBRID ainda detalha que a OMS considera que o uso abusivo de drogas não pode ser apenas definido pelos parâmetros de periodicidade e frequência de uso. Assim uma pessoa só pode ser considerada dependente de alguma substância se seu padrão de uso gerar pelo menos três dos seguintes sintomas e sinais, que devem ser avaliados ao longo de doze meses:

- Forte desejo ou compulsão de consumir drogas;
- Dificuldades em controlar o uso, seja em termos de início, término ou nível de consumo;
- Uso de substâncias psicoativas para atenuar sintomas de abstinência, com plena consciência dessa prática;
- Estado fisiológico de abstinência;
- Evidência de tolerância, quando o indivíduo necessita de doses maiores de substância para alcançar os efeitos obtidos anteriormente com doses menores;
- Estreitamento do repertório pessoal de consumo, quando o indivíduo passa, por exemplo, a consumir drogas em ambientes inadequados, a qualquer hora, sem nenhum motivo especial;

- Falta de interesse progressivo de outros prazeres e interesses em favor do uso de drogas;
- Insistência no uso da substância, apesar de manifestações danosas comprovadamente decorrentes desse uso;
- Evidência de que o retorno ao uso da substância, após um período de abstinência, leva a uma rápida reinstalação do padrão de consumo anterior (CEBRID, s.d).

A CID-10 (OMS, 1993), ainda traz em contornos gerais, os sintomas esperados de doenças relacionadas a transtornos mentais e comportamentais desencadeadas pelo uso de substâncias psicoativas, elas são: intoxicação aguda; uso nocivo para saúde; síndrome de dependência; síndrome (estado) de abstinência; síndrome de abstinência com delirium; transtorno psicótico; síndrome amnésica; transtorno psicótico residual ou de instalação tardia; outros transtornos mentais ou comportamentais; transtorno mental ou comportamental não especificado.

Esses sintomas estão padronizados para todas as substâncias psicoativas. Do álcool aos canabinóides, dos sedativos aos estimulantes, da cocaína ao fumo. Ou seja, foi feita uma grande generalização dos sintomas patológicos esperados para todas as substâncias, mesmo que essas não possuem efeitos semelhantes no organismo por suas propriedades químicas. Nota-se também que os sintomas e sinais clínicos para averiguação de dependência, ou não, não específica as substâncias, e somente um dos parâmetros considera o contexto de uso. Dessa maneira, independe do tipo de droga usada e da situação de uso, se forem atendidas três das nove, associados aos parâmetros de periodicidade e frequência, se tem o caso clínico do dependente.

Como já foi citado anteriormente, os critérios farmacológicos fazem distinções das diferentes substâncias em depressoras, estimulantes e perturbadoras. É importante ressaltar que a classificação farmacológica representa uma tentativa de alocação das substâncias dentro de parâmetros psicofármacos considerando os principais efeitos de cada uma, entretanto, não necessariamente será correspondente da mesma maneira os efeitos para cada sujeito (LIMA, 2013). As percepções e efeitos das diferentes drogas irá variar de acordo com sua dosagem, seus contextos de uso, das condições biológicas individuais, das formas de uso, entre outros fatores, oscilando bastante os efeitos esperados em relação aos efeitos percebidos, dessa forma, buscar classificações exatas e invariáveis caracterizaria simplificações perigosas para o entendimento do uso de drogas.

As drogas depressoras são aquelas que diminuem a atividade mental, reduzindo a atividade motora, psíquica, capacidade de concentração e intelectual (MARIANO, CHASIN, 2018), podendo produzir diferentes estados de relaxamento, sedação, sonolência, anestesia e coma (LIMA, 2013). Dentre as substâncias depressoras estão: barbitúricos, benzodiazepínicos, opiáceos, etanol e inalantes (MARIANO, CHASIN, 2018). Ocorrendo uma divergência na classificação dos canabinóides, no qual em Lima (2013) está classificado também entre as substâncias depressoras, correspondendo aos critérios de classificação segundo os principais efeitos farmacológicos predominantes no SNC (CAMI, 2000), os canabinóides também podem ser classificados como "perturbadoras".

As substâncias estimulantes são aquelas que potencializam a atividade mental, produzem euforia gerando uma sensação de bem estar e melhora do humor, aumento da energia e estado de alerta, aumentando a atividade motora e estimulação cardiovascular. Dentre essas substâncias estão: anfetaminas, cocaína, nicotina, crack, cafeína etc. (MARIANO, CHASIN, 2018).

Por fim, as drogas perturbadoras são aquelas que causam confusão mental, modificam qualitativamente a atividade cerebral produzindo desvios na percepção de espaço e tempo, podendo causar alucinações e delírios (LISBOA, 2001). As substâncias tidas como alucinógenas são: LSD, êxtase, ayahuasca e algumas espécies de cogumelo e cactos (LIMA, 2013), como peiote (*Lophophora Williamsii*). Essas últimas geralmente são utilizadas em cultos ritualísticos, como a ayahuasca, da religião cabocla brasileira do Santo Daime, e o peiote utilizado por índios xamânicos da América Central, sendo objeto de estudo de Aldous Huxley em seu livro "As Portas da Percepção" (1954), no qual descreve em detalhes sua experiência sensorial com a planta.

Serão apresentadas agora, informações sobre o uso de substâncias lícitas como o álcool e tabaco, e ilícitas como a maconha, cocaína e crack, na população brasileira. Foram escolhidas essas substâncias de acordo com a popularidade de uso pela população de acordo com III Levantamento Nacional Sobre Uso de Drogas pela População Brasileira (LNUD) (2017). O estudo também traz o apontamento das drogas como remédios de uso não prescrito, categoria não abordada no presente estudo apesar de seu grande popular, por essa não geralmente não sofrer o estigma social das demais substâncias.

Drogas como ecstasy, inalantes (lança-perfume), LSD etc. não serão consideradas por apresentarem usos mais pontuais, geralmente em grandes festas, como as “raves”, carnaval, festas de fim de ano, entre outras. Porém, muitos de seus usuários não são crônicos, não as utilizando no cotidiano. De acordo com LNUD (2017), os lança-perfumes podem apresentar até variação sazonal em sua compra e uso, apresentando pouco uso fora das épocas festivas.

Substâncias que são utilizadas quase que exclusivamente para rituais religiosos como é o caso do chá de ayahuasca, também não serão consideradas. Por não apresentarem uma característica fundamental para as análises posteriores deste trabalho, a droga como mercadoria. A droga como mercadoria, ou seja, cultivada, produzida e comercializada com objetivo de lucro será ponto central nos próximos capítulos. Drogas utilizadas em rituais geralmente não possuem esse “pré-requisito”.

O consumo exacerbado de bebidas alcoólicas ao longo do tempo pode desenvolver a condição patológica de seu consumo, o “alcoolismo”, ou seja, a dependência do álcool. Essa dependência é uma condição frequente em nossa sociedade, atingindo de 5 a 10% da população adulta brasileira. A transição entre o beber moderado e o beber problemático ocorre de forma lenta, geralmente levando vários anos até se caracterizar um consumo problemático. Os fatores que podem levar ao alcoolismo são variados, podendo ser biológicos, psicológicos, socioculturais, ou ainda todos podem estar contribuindo (CARLINI et al., 2001). Complemento com a ideia que não só todos os fatores podem contribuir, como contribuem, em maior ou menor intensidade para cada sujeito, já que as substâncias psicoativas, no caso o álcool, interfere tanto no corpo físico, na subjetividade dos sujeitos e seu uso é condicionado através dos aspectos socioculturais.

Apesar de uma porcentagem significativa da população desenvolver o alcoolismo, quando se comparado a uma média de pessoas que fazem uso de álcool com uma certa constância, pelo menos uma vez no mês (66,4%), aumentando na população masculina (74,3%) (III LNUD, 2017), a porcentagem de alcoólatras parece pequena (5-10%), mostrando que a maioria das pessoas que fazem uso do álcool não chegam a desenvolver dependência. O estudo também aponta que cerca de 101 milhões de indivíduos já consumiram o álcool ao menos uma vez na vida, e a mediana de idades para início de uso entre homens foi de 15,7 anos, e mulheres 17,1 anos, sugerindo um incentivo e uma expectativa social sobre a embriaguez, maior para a população masculina.

Considerando apenas os indivíduos de 18 a 65 anos de idade, em 2015, revelou-se um maior consumo de álcool nos últimos 30 dias entre os entrevistados com nível superior completo (43,9%), comparado a outras escolaridades. Por outro lado, observou-se um menor consumo de no mesmo período de tempo por pessoas com o ensino fundamental incompleto (27,2%) (III LNUD, 2017). Esses dados indicam que o menor grau de escolaridade não está relacionado com a quantidade de consumo de álcool.

No Brasil estima-se que a taxa de mortalidade relacionada ao uso de álcool é uma das maiores da América, e vem apresentando crescimento relacionado às taxas padronizadas de mortalidade por causas básicas ou associadas ao uso de álcool. Passando de 12,3 de óbitos por 100.000 habitantes no ano de 2000, para 15,9 óbitos em 2013. Desses, aproximadamente 50% são de doenças não contagiosas causadas pelo seu uso crônico, como cirrose hepática, câncer, doença no aparelho circulatório, doenças mentais. Outras causas de morte comuns estão relacionadas ao uso episódico e agudo dessa substância, no qual, as mortes atribuídas são a causas externas, como acidentes no transporte e no trabalho, violência, entre outras, envolvendo principalmente homens jovens (MACHADO et al., 2017).

Com relação ao tabaco (*Nicotinia tabacum*), planta originária da América Central da qual extraída a nicotina, seu uso é datado de 1000 a.C., nas sociedades indígenas da região (CUNHA et al., 2007). Atualmente, as formas mais comuns de consumo de tabaco são através de cigarros industrializados, charutos, cigarrilhas, cachimbos, cigarro de palha, rapé, tabaco mascado e narguilé (MEIRELLES, 2009).

Estima-se que cerca de 51 milhões de pessoas entre 12 e 65 anos tenham consumido cigarros industrializados na vida (33,5%). O cigarro industrializado é o produto com tabaco mais consumido, apenas 3 milhões de pessoas (1,9%) consomem exclusivamente outros produtos com tabaco que não os cigarros industrializados. Dessa porcentagem, aproximadamente 20,8 milhões de brasileiros (13,6%) consumiram cigarros industrializados nos últimos 30 dias antes do III LNUD (2017). Dentre esses, estimou-se que cerca de 23,5% apresentam grau de dependência elevado ou muito elevado, correspondendo a 4,9 milhões de brasileiros nessa faixa etária.

No Brasil, o tabagismo está associado a cerca de 161.853 mortes por ano, das quais: 37.686 correspondem à Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), 33.179 a doenças cardíacas, 25.683 a outros cânceres, 24.443 ao câncer de pulmão,

18.620 ao tabagismo passivo e outras causas, 12.201 à pneumonia e 10.041 ao acidente vascular cerebral (AVC) (INCA, 2022). Mundialmente, estima-se que, por ano, morram 7 milhões de pessoas em decorrência das patologias vinculadas ao tabagismo e 1,2 milhões por consequências do fumo passivo (OMS, 2021). Nutt et al. (2007), relata que nas estimativas de mortes relacionadas ao uso de drogas, álcool e tabaco representam 90% do total.

A maconha (*Cannabis sativa*), é conhecida há mais de 5.000 anos, sendo utilizada de forma medicinal ou recreativa (CARLINI et al., 2001). Segundo o III LNUD (2017), cerca de 11 milhões de pessoas entre 12 e 65 anos já fizeram uso da maconha alguma vez na vida, dos quais 2,2 milhões fizeram uso pelo menos uma vez nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa. A *Cannabis*, é a planta ilícita mais utilizada, seu consumo é cinco vezes superior ao da segunda droga ilícita mais utilizada pela população brasileira, a cocaína em “pó”. O estudo também relata que há uma associação mínima de usuários domiciliados (que possuem residência) que fizeram o uso mútuo de maconha com outras drogas como cocaína (0,2%) ou crack (0,2%), durante os últimos 12 meses que antecederam o levantamento. Demonstrando que não há relação entre o uso de maconha e o desencadeamento do uso de drogas tidas como mais “pesadas”, para pessoas com o mínimo das condições de dignidade humana, um lar. Relação comumente feita pelo senso comum, reproduzindo um discurso de pânico moral sobre o uso da *cannabis*, a maconha como "porta de entrada" para outras drogas.

A cocaína é uma substância natural extraída da *Erythroxylon coca*, conhecida popularmente como coca, de ocorrência natural exclusiva da América do Sul. A droga pode ser consumida na forma de sal, o cloridrato de cocaína o “pó”, “farinha”, “branquinha” etc., dessa forma, é aspirada pelos usuários. Esse “pó”, é solúvel em água permitindo o uso endovenoso (“pelos canos”) (CARLINI et al., 2001), conhecido também como “baque”. No livro “Estação Carandiru” (1997), Drauzio Varella descreve em detalhes o processo quase ritualístico e chocante do baque entre os detentos da casa de detenção, relatando o compartilhamento de seringas pelos usuários, o qual, está intimamente ligado com a disseminação de doenças infecto contagiosas. Por fim, sob a forma de sua base, se obtêm o Crack, que é pouco solúvel em água, porém se volatiliza em temperaturas não muito altas (95°C), portanto, fumado em “cachimbos” (CARLINI et al., 2001).

A cocaína é a segunda substância ilícita mais utilizada pela população brasileira, só ficando atrás da maconha, seguido pelo crack em terceiro lugar. Cerca de 4,6 milhões de pessoas já fizeram uso de cocaína em algum momento de sua vida, 1,3 milhões do crack (III LNUD, 2017). Vale lembrar, que o número de usuários de crack principalmente está subestimado, pois o levantamento só abrangeu as populações domiciliadas (que possuem residência), como o crack muitas vezes está vinculado a populações em situação de rua, esse número tende a diminuir.

Juliana Krapp (2019)³, ao comentar o III LNUD (2017), aponta que, grande parte dos dados considerados preocupantes sobre o uso de drogas no país não estão relacionados às drogas ilícitas, e sim pelo uso do álcool, como demonstrado acima. Apesar disso, a percepção dos brasileiros vincula mais riscos ao uso do crack do que do álcool: 44,5% acham que o primeiro é a droga associada ao maior número de mortes no país, enquanto apenas 26,7% colocariam o álcool no topo do ranking (KRAPP, 2019). Percepção que não se confirma, revelando uma associação do uso de drogas ilícitas e riscos à saúde, marginalidade, etc., estigmatizando o tema. Entretanto, o uso do crack não pode ser negligenciado.

Como bem aponta Nutt et al. (2007, p. 1047), a maioria dos países e agências internacionais - a exemplo, OMS e ONU -, possuem sistema de classificação sobre drogas, que alegam ser estruturados de acordo com os riscos relativos às drogas ilícitas. Todavia, o processo para determinação de danos muitas vezes não é divulgado, e quando são, se mostram mal definidos e aparentemente arbitrários. "O atual sistema de classificação evoluiu de forma assistemática de fundações um tanto arbitrarias com aparentemente pouca base científica". Apesar das considerações dos autores, estes, não criticam o proibicionismo das substâncias em si, somente os parâmetros que as classificam como ilegais. Ao proporem um novo método, demonstram que os danos relacionados ao álcool e tabaco são maiores que drogas proibidas por lei, como a maconha e o LSD. Porém, ao contrário da defesa antiproibicionista das últimas, questionam se tabaco e álcool deveriam continuar na legalidade. Uma percepção, em minha opinião, bastante equivocada.

Em síntese, o "modelo biomédico" explicativo para drogadição, representa um dos pilares de apoio argumentativo para as legislações proibitivas de comercialização das drogas ilícitas, principalmente se utilizando da prerrogativa da dependência

³ Site da fonte: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-revela-dados-sobre-o-consumo-de-drogas-no-brasil>

causada por essas substâncias - como se o fim último do uso de qualquer substância, fosse a dependência. Entretanto, como demonstrado acima e bem destacado por Karam (2013), os critérios que institucionalizam a proibição partem de uma diferenciação arbitrariamente feita entre substâncias psicoativas ilícitas (maconha, cocaína, crack, etc.), enquanto mantém outras da mesma natureza como lícitas (álcool, tabaco, cafeína, etc.). Certamente, não há qualquer peculiaridade ou diferença relevante entre as escolhas dos critérios para tornarem uma droga ilícita e manterem as demais drogas como lícitas. Todas são substâncias que provocam alterações no psiquismo, podendo gerar dependência química ou psíquica e causar doenças físicas e mentais. Todas são drogas potencialmente perigosas e viciantes. Os efeitos danosos dessas substâncias dependem muito mais, da forma como quem as usa se relaciona com essas drogas, do que sua própria composição. Uma droga mais potente consumida com moderação pode ter efeitos menos prejudiciais ao indivíduo, em comparação com uma droga menos potente usada de forma abusiva. E mesmo que se busque somente essa relação entre maior ou menor grau de danos de uma substância, se revela outra contradição, pois muitas drogas lícitas possuem um maior potencial danoso ao organismo (KARAM, 2013).

O problema da droga não existe em si, mas seria o resultado do encontro de um produto, uma personalidade e um modelo sócio-cultural. Isto quer dizer que qualquer pessoa, a qualquer momento, pode encontrar um produto tóxico, legal ou ilegal, em seu caminho. Toda a política sobre drogas deve levar em conta estes pressupostos. Entretanto, a maioria das pessoas que experimentam drogas uma ou algumas vezes não se tornará doente, o que significa dizer que, diante da droga, não existe um destino igual para todos (OLIEVENSTEIN, 1984, p. 2 *apud* ACSELRAD, 2005, p. 199).

Ao trazer explicações sobre o modelo explicativo biomédico e dados sobre uso de diferentes drogas lícitas e ilícitas, buscamos demonstrar as arbitrariedades presentes nas legislações proibicionistas. Como destacado acima, o problema das drogas não existe em si. A percepção do uso de drogas como um problema, principalmente das tidas como ilícitas, atende a uma série de interesses dos que detêm o poder econômico e cultural, sobre os oprimidos. A seguir, será abordado, alguns aspectos das legislações sobre drogas na atualidade e seus sintomas na marginalização das pessoas, em especial as racializadas como negras. Bem como,

será trabalhada, de forma breve, a história do proibicionismo das drogas e seus porquês.

1.2 - Disposições legislativas e sociais do estigma sobre o uso de drogas.

A argumentação anteriormente desenvolvida está baseada no modelo biomédico explicativo, demonstrando um modelo hegemônico no âmbito das ciências da natureza, baseado no pressuposto da drogadição como fim último no caso dependente. O modelo biomédico, tão presente nas classificações farmacológicas e clínicas das drogas e seus usos, não dá conta, como demonstrado, de explicar as arbitrariedades em relação à criminalização das drogas. Esse modelo descreve bem os princípios ativos, seus efeitos no corpo, as patologias derivadas do uso abusivo ou frequente das drogas, entretanto, deixa lacunas quanto aos porquês do caráter discriminatório, criminalizante, das mesmas. Mesmo assim, é esse mesmo discurso que historicamente chancela o argumento proibicionista, junto com a prerrogativa da segurança pública.

Tornando algumas substâncias legais e outras ilegais, as convenções internacionais e as leis nacionais introduzem uma arbitrária distinção entre as condutas de produtores, vendedores e consumidores de umas substâncias em detrimento de outras. Uns são categorizados como criminosos e outros estão completamente dentro da legalidade. Essas diferentes tratativas entre produtores, vendedores e consumidores de substâncias lícitas e ilícitas, sendo condutas em última instância iguais, fere o direito à isonomia perante a lei (KARAM, 2013).

Segundo Karam (2013), a criminalização de ações ou omissão deve estar sempre referida a uma ofensa relevante a um bem jurídico alheio, relacionado ou relacionável a direitos individuais concretos, ou expor este bem jurídico a um perigo de lesão concreta, direta e imediata. A autora também diz que, em uma democracia, o Estado não é autorizado a intervir em relações que não apresentem risco concreto a terceiros, não podendo criminalizar a posse para o uso de drogas ilícitas, expondo o usuário ao mero risco da autolesão. Também o estado não está autorizado a intervir quando o responsável pela conduta tida como ilícita age de acordo com a vontade do detentor do bem jurídico (sua saúde nesse caso), não podendo criminalizar, dessa

maneira, a venda ou qualquer forma de fornecimento de drogas ilícitas para um adulto que quer adquiri-las.

O Estado democrático não está autorizado a opor-se à liberdade dos indivíduos com o pretexto de protegê-los. Ninguém pode ser protegido contra sua própria vontade. Intervenções estatais que supostamente tem como argumento de proteção, fere sua liberdade individual, indo contra suas próprias vontades. Dessa maneira, contrariam a própria ideia de democracia, pois excluem a capacidade de escolha na qual essa ideia está baseada (KARAM, 2013).

Ao ver-se as contradições da tão defendida liberdade individual do Estado Democrático de Direito (burguês), começa a se colocar em xeque seus pressupostos. A tão defendida liberdade individual, no caso das drogas e em muitos outros, de liberdade não tem nada. O princípio da isonomia também fica extremamente abalado. Essa base do estado burguês de que todos somos iguais perante a lei e todos somos livres, na verdade obscurece as relações de interesses que privam a liberdade.

Maria Lúcia Karam em seu capítulo “A Lei 11.343/06 e os Repetidos Danos do Proibicionismo” no livro “Drogas: Novas Perspectivas” (2008), nos traz reflexões sobre a lei 11.343/06 e suas implicações no dito combate às drogas. A autora pontua que a lei que revogou suas antecessoras, lei 6.368/76 e a lei 10.409/02, é apenas uma novidade temporal, não trazendo nenhuma alteração substancial, até porque, o Brasil é signatário das diretrizes proibicionistas das convenções internacionais, como quase todos os demais Estados nacionais.

A autora nos traz apontamentos das medidas punitivas descabidas da legislação brasileira sobre drogas. Ao comparar as penas mínimas por tráfico de drogas que, de acordo com a lei 11.343/06 é de no mínimo 5 anos, retrocedendo em termos éticos em relação às suas antecessoras que era de no mínimo 3 anos. No qual, dificilmente as penas ficam em sua menor soma de tempo, devido às "circunstâncias qualificadoras (porte de armas, ou o fato do “tráfico” ser feito nas imediações de escolas e locais de trabalho)” (KARAM, 2008, p. 106). Como se não bastasse, a legislação de 2006, ainda ampliou a lista de circunstâncias qualificadoras.

As medidas desproporcionais com relação às punições do “tráfico” ficam ainda mais explícitas quando comparadas as penas mínimas de “tráfico” (5 anos) e homicídio consumado, 6 anos de reclusão. Porém, para a tentativa de homicídio sem efetuar de fato a morte, a pena pode ser reduzida para, pelo menos, quatro anos. No

caso do “tráfico”, tanto a posse, o transporte, quanto o efetivo fornecimento ou venda, serão punidos da mesma forma (KARAM, 2008).

Além de muitas outras contradições e desproporcionalidades, Karam (2008, p. 108), indica o interesse da legislação de 2006 não só em punir o “tráfico” que é “por natureza, uma atividade econômica”, ou seja, implica em comércio, venda e compra de mercadorias. Penalizando também a esfera de consumo das drogas ilícitas. O único avanço nesse sentido da lei 11.343/06 é a não privação de liberdade para pessoas flagradas com posse de drogas para uso pessoal. Ademais, são aplicadas penas alternativas como advertências, prestação de serviços à comunidade, comparecimentos a programas ou cursos educativos e multas.

Abramovay (2017)⁴, além de uma breve exposição sobre as lutas contra a Guerra às Drogas nos EUA e Brasil, relatando a forte atuação do movimento negro estadunidense sobre a pauta, obtendo conquistas importantes, como a legalização da maconha no estado do Colorado. Apontando que não havia, até então no Brasil, uma penetração grande dos movimentos negros e periféricos no debate, para conquista de avanços sobre o tema. O autor relata que, com os dados levantados pelo governo, após denúncia feita pela Pastoral Carcerária, em 2007, no qual, pessoas claramente sem ligação com o crime, pobre e em muitas vezes apenas usuários de drogas, estavam chegando em altos números aos presídios. Esse cenário ocorre mesmo após a aprovação da lei 11.343/06, teoricamente mais progressista, pois, como já dito, teoricamente não criminalizava o usuário.

A problemática ocorre, segundo o autor, devido aos critérios de distinção entre usuários e traficantes, que são completamente fluidos na lei, dependendo da interpretação do juiz com base em critérios como: quantidade de substância apreendida, local e condições em que se desenvolveu a ação, condições pessoais e sociais, bem como a conduta e os antecedentes do sujeito. Sem a presença de parâmetros objetivos, é o critério subjetivo dos policiais que conta, quase sempre levado em consideração pelos juízes. Como consequência, observou-se que brancos em regiões mais nobres das cidades eram considerados usuários, mesmo com quantidades maiores de drogas do que negros, que tendem a ser considerados traficantes. "O critério se estabeleceu na prática, e é simples: branco é usuário, negro é traficante" (ABRAMOVAY, 2017).

⁴ Link da fonte: <https://piseagrama.org/branco-e-usuario-negro-e-trafficante/>

As arbitrariedades presentes na lei, logo podem ser observadas pelas estatísticas, revelando seu caráter objetivo. Rosa e Guimarães (2020), ao se utilizarem dos dados do *Levantamento de informações penitenciárias* (Infopen), de 2014, informam que houve um aumento de 200% da população carcerária relacionada ao consumo de drogas. Destes, houve um predomínio de jovens, negros e sem antecedentes criminais. As autoras complementam relatando que, desde a aprovação da Lei nº 11.363/06, registrou-se mais de 700 mil pessoas presas, das quais 64% se declararam negras. Dessa maneira, o aparato estatal, que opera a partir da arbitrariedade, com relação a usuários e traficantes, mostra sua seletividade.

Rocha et al. (2021, p. 162), destaca a situação do Rio de Janeiro, "cidade que parece ser o *front* mais danoso da guerra às drogas no País", relatando o agravamento de mortes violentas na cidade mesmo em tempos de pandemia, no qual, há uma circulação reduzida de pessoas. Utilizando os dados Rede de Observatórios da Segurança, de 2020, observou-se um crescimento de 60% na letalidade das operações policiais, quando comparado com abril de 2020, e o mesmo mês do ano anterior.

Entretanto, os autores da lei sobre drogas 13.840/19, que modifica a lei 11.343/06, esqueceram de ler as considerações de Maria Karam, tão pouco tiveram acesso aos dados oficiais sobre o encarceramento em massa da população negra, e as mortes violentas provocadas pelas ações policiais. Uma infelicidade, já que são autores tão bem qualificados - se me permitem a ironia.

Segundo o Conselho Federal de Psicologia (CFP) (2019), a nova lei antidrogas, sancionada pelo presidente da república Jair Messias Bolsonaro, permite a internação dos usuários de drogas sem a necessidade de autorização judicial, podendo ser solicitado pela família ou responsável legal do usuário, servidor público da área da saúde, assistente social ou órgãos públicos integrantes do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), devendo ser formalizadas por decisão médica. O CFP, destaca que a nova lei reforça o modelo da abstinência e das comunidades terapêuticas, em detrimento da Política de Redução de Danos e dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD).

As modificações sancionadas são um retrocesso às conquistas estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, constituídas a partir da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/01), se tornando um marco

na Luta Antimanicomial ao estabelecer a importância do respeito à dignidade das pessoas com transtornos mentais e usuárias de drogas (CFP, 2019).

As jornalistas Clarissa Levy e Thaís Ferraz, em reportagem intitulada “Quem Ganha com a Nova Lei de Drogas não são os Dependentes Químicos – são os Donos de Clínicas”, que no próprio título nos dá indícios de suas críticas. Denunciam as intenções político-econômicas por detrás do PL 13.840/19, no qual, o “projeto facilita internação involuntária e amplia verbas para comunidades terapêutica, sem regular qualidade nos serviços”. Projeto que teve como autor o ministro da Cidadania, na época, Osmar Terra, e foi comemorado com rezas em frente ao Congresso Nacional pela bancada evangélica.

As rezas simbolizam bem como os segmentos católicos e protestantes conseguiram organizar suas forças políticas, angariando investimentos públicos para suas comunidades terapêuticas, no qual, tais grupos religiosos, possuem 82% de todas as existentes no País, segundo levantamento do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2017) (ROCHA et al., 2021). As autoras, interpretam esse domínio cristão, principalmente neopentecostal, como uma "disputa por autoridade sobre a concepção de droga e sobre a direção desta política pública, dissociando-a do universalismo, da formação científica das profissões e da laicidade subjacente à defesa de um sistema de saúde público" (ROCHA et al., 2021, p. 163).

A nova lei transformou as comunidades terapêuticas em protagonistas do tratamento aos usuários de drogas, como já referido, facilitando a internação compulsória, ampliando o financiamento público que recebem. Até então, as diretrizes do SUS, priorizavam que os usuários fossem acompanhados pela Rede de Atenção Psicossocial, indicando a internação nessas clínicas religiosas em último caso. Na prática, como muitas cidades possuem estruturas públicas precárias, as comunidades já tinham papel principal no tratamento desses pacientes, somando mais de 1800 clínicas do tipo espalhadas pelo país. Negócio lucrativo, ao que parece⁵.

⁵ “O país tem cerca de 2 mil comunidades terapêuticas – e 64% ganham dinheiro de uma ou mais esferas do governo. Os dados são de um levantamento feito pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, o Ipea, em 2017.” (...) “No fim de 2018, após uma longa jornada de articulação em Brasília, o setor comemorou o investimento federal de R\$ 90 milhões para financiar internações, anunciado pelo ex-presidente Michel Temer. O responsável pela articulação foi o deputado Osmar Terra” – Trechos retirados da reportagem de Clarissa Levy e Thaís Ferraz no jornal The Intercept Brasil – ‘Nem na Cadeia tem Isso’ – Clínica antidrogas tinha solitária, trabalho forçado e ameaças. Tudo pago pelo governo (2019).

Somado às medidas punitivas anunciadas, ou seja, prisões, multas, prestação de serviços à sociedade e comparecimento a programas educativos, a legislação de 2019 flexibiliza a internação compulsória, com um discurso de “salvação” dos usuários, mas com uma prática extremamente punitivista⁶. Em nota pública⁷ sobre os perigos do Projeto de Lei da Câmara (PLC) nº 37/2013 - que posteriormente viria a ser a referenciada lei 13.840/19 -, diversas entidades alertam a possibilidade de a lei ser utilizada como forma de política higienista, pela retirada massiva da população de rua das grandes cidades, pois a mesma previa a internação involuntária por 3 meses sem atribuir a família ou responsáveis o poder de decisão sobre a internação. “Por sorte”, o artigo que visava tal medida (art. 7º da PLC) foi vetado pelo legislativo.

As legislações proibicionistas, em síntese, possuem atuação nos dois principais aspectos da criada problemática das drogas, a esfera da produção e circulação (“tráfico”) das drogas ilícitas e a esfera do consumo. As argumentações relacionadas à saúde e segurança pública, perdem força quando se observa as arbitrariedades do leque de substâncias proibidas e legalizadas, bem como as punições descabidas aos traficantes e consumidores de drogas, possuindo sua face mais desumana no recorte racista dos encarcerados e mortos, vítimas da “guerra às drogas”. A conjuntura se complexifica quando, os agentes conservadores da sociedade brasileira, geralmente fundamentalistas religiosos, não assumem apenas o papel punitivo e segregador, mas, busca também cuidar dos adictos, ou supostamente adictos. Cuidado que coloca véu sob interesses econômicos, políticos e ideológicos, por parte dos religiosos.

1.3 - Qual a construção histórica das medidas proibicionistas no Brasil e seus porquês?

1.3.1 - Drogas como mercadoria.

⁶ Em reportagem de Clarissa Levy e Thaís Ferraz no jornal The Intercept Brasil – ‘Nem na Cadeia tem Isso’ – Clínica antidrogas tinha solitária, trabalho forçado e ameaças. Tudo pago pelo governo (2019). As autoras relatam jornadas de trabalho exorbitantes pelos internos da clínica, podendo chegar a mais de 12 horas. Diversas violações do ECA. Punições em solitária, chamada “quartinho”, que nem banheiro possuía. Ao descreverem o semblante desgastado dos internos contrastando com a estrutura física bem cuidada do local, as autoras detalham uma imagem confusa na qual a comunidade terapêutica “parece um presídio fantasiado de colônia de férias”.

⁷ “Nota Pública Sobre a PLC 37/2013” – Publicada no site da Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas em 6 de maio de 2019.

Encabeçada pelos Estados Unidos da América, a política internacional possui hoje, como um dos principais aspectos, a "guerra contra as drogas". Tal situação, que se acentuou durante os anos de 1970, quando Richard Nixon a lança para o mundo, elevou-se a graus extremos durante as décadas de 1980 e 1990, e parece agravar-se ainda mais na entrada do século XXI. Alguns elementos podem ser pontuados como indicadores da degradação da situação social, direta ou indiretamente, relacionada com o status da comercialização das drogas na sociedade contemporânea: aumento da violência urbana, do número de prisões e das forças militares envolvidas com as drogas (CARNEIRO, 2002, p. 115).

O papel histórico das drogas no comércio mundial adquiriu crescente importância no século XX, se tornando o principal ramo do comércio mundial se for considerado o comércio lícito e ilícito. De forma antagônica, o séc. XX foi o momento histórico que, por um lado, o consumo de drogas alcançou sua maior extensão mercantil, e por outro, o maior proibicionismo oficial. Embora em todas sociedades tenham existido mecanismos de regulação social do uso de drogas, até o início do século passado não existia o proibicionismo legal e institucional internacional (CARNEIRO, 2002, p. 115).

O mercado brasileiro muito se beneficia com o consumo de drogas, neste caso, as lícitas. Entre 2012 e 2017, o mercado farmacêutico brasileiro teve como projeção de crescimento 12,7%, quase o dobro do mercado internacional, com 7%, se constituindo como um dos principais mercados emergentes desse ramo⁸. Com valores de 256,7 bilhões de reais na Bovespa em 2014, a Ambev mantinha o primeiro lugar na Bovespa, ocupando o posto de maior empresa do Brasil comerciante de bebidas alcoólicas⁹. O Brasil também está entre os maiores exportadores de tabaco do mundo. Apenas em 2012, foram exportadas 638 mil toneladas de tabaco, com valores de 3.260 milhões de dólares¹⁰.

Ao trazer os números e valores monetários, busco deixar claro o entendimento das drogas adotado: drogas como mercadorias. E, devido ao seu aspecto

8

In: https://www.imshealth.com/deployedfiles/imshealth/Global/Content/Corporate/Press%20Room/Total_World_Pharma_Market_Topline_metrics_2012-17_regions.pdf, apud CARNEIRO, 2018, p. 17, em *Drogas: a história do proibicionismo*.

⁹ In: SATO e MAGNABOSCO 2014:B7, apud CARNEIRO, 2018, p. 17, em *Drogas: a história do proibicionismo*.

¹⁰ In: http://www.agricultura.gov.br/arq_editor/file/camaras_setoriais/Tabaco/39RO/App_sinditabaco-atualizado.pdf, apud CARNEIRO, 2018, p. 17 e 18, em *Drogas: a história do proibicionismo*.

mercadológico, sua principal "brisa", o proibicionismo - que está mais para "nóia". Toda mercadoria possui valores de uso e valores de troca, e segundo Henrique Carneiro, também o valor de signo. "As drogas se destacam entre o conjunto de bens consumíveis e entre os não-duráveis que são absorvidos pelo corpo, tal como os alimentos, por possuírem uma peculiar condição exacerbada a partir do século XX: uma inflação de valor" (CARNEIRO, 2018, p. 23).

"A mercadoria é, antes de mais nada, um objeto externo, uma coisa que, por suas propriedades, satisfaz as necessidades humanas, seja qual for a natureza, a origem delas, provenham do estômago ou da fantasia"¹¹ (MARX, 2012, p. 57). Em Marx, a *necessidade* vai além do conceito imediato da necessidade objetiva, englobando também as necessidades subjetivas da humanidade, separando-as em dois tipos, as que são básicas para sobrevivência física e as derivadas. Discutindo em *O Capital: livro I*, que os produtos das necessidades podem se impor pelo "hábito" e não somente pela "necessidade fisiológica" (CARNEIRO, 2002).

O valor de uso das drogas sofre uma hipertrofia na medida em que na era moderna e contemporânea essas substâncias são cada vez mais usadas. Seus usos crescem tanto em extensão, quanto em intensidade, "como expansão das tecnologias de si e da autonomia subjetiva assim como condição extremada de um fetichismo da mercadoria, ou seja, da perda da autonomia de si no vício, como substituição, nesse objeto, de todos os desejos" (CARNEIRO, 2018, p.24). São vários os objetivos através da utilização das múltiplas substâncias existentes: paz, energia, euforia, transe, concentração, etc. "Mas o denominador comum que se busca em todas é a sensação difusa do bem-estar. Ou mesmo de algo além de um bem-estar, um excesso de bem-estar, um ótimo estar" (CARNEIRO, 2018, p. 28).

O valor mais característico das substâncias psicoativas é, portanto, sua capacidade de produção de subjetividades:

O valor de signo se expande num diapasão ampliado e ambivalente de polaridades simbólicas maximizantes dos prazeres e das dores disponíveis. Seu valor como objeto libidinal de paixão e desejo só se compara ao seu valor de terror, de estigma, de síntese objetual do mal, reificável e sacrificável. Seu maior valor de signo é a proibição, no que se refere às

¹¹ Célebre frase de Karl Marx em *O Capital: crítica da economia política*, Livro I - Civilização Brasileira, 2012, p. 57. (Grifo nosso).

drogas "ilícitas". A proibição confere um valor de tabu! (CARNEIRO, 2018, p.25).

Calvete e Souza (2020), elenca uma série de contextos de usos históricos das drogas nas mais diversas sociedades antigas e tradicionais. Indo da criação de deuses para veneração do vinho na Grécia (Dionísio) e em Roma (Baco) antigas. Passando pela ingestão de caldo de tabaco, entre outras substâncias, para início de celebrações de comunidades tradicionais da Bacia do Amazônica e nas Antilhas. Até os sentidos sociais e sagrados atribuídos às drogas na terapêutica, citando que em determinadas comunidades, frente a uma epidemia, a opção pelo uso de ópio, de heléboro, ou de qualquer outro fármaco com propriedades curativas, para ser usado como remédio. A abertura das "portas da percepção"¹² propiciada pelas substâncias nos rituais humanos antigos, estava marcada por uma integração cultural e, portanto, não vista como um problema social (SILVA, 2009).

Observa-se que, nas comunidades tradicionais, o valor de uso e o valor de signo - excluindo a questão do tabu, do último, presente nas sociedades contemporâneas - são praticamente análogos. As características objetivas das drogas, ou seja, seu uso devido às suas propriedades orgânicas, não eram vistos e entendidos como separados de seu significado cultural. Essa tentativa de separação entre moléculas e cultura é recente na história, de fato, uma tentativa frustrada. A inflação dos valores das drogas deriva, portanto, dessa dimensão subjetiva, não através de seu uso, mas através de seu proibicionismo, de seu estigma, do pânico moral criado sobre as mesmas. Criminalizando umas, permitindo outras.

A consolidação do mercantilismo, propiciou um movimento conjunto de centralização do poder na formação dos estados nacionais, bem como, a assiduidade do comércio mundial de produtos entre povos distantes, com isso as drogas ganharam um novo papel. A partir desse período os psicoativos tornaram-se mais relevantes, alcançando um significado mais sofisticado, mais excêntrico, estimulando as grandes navegações. "Assim, as drogas, durante a Idade Moderna, acrescentaram um valor comercial, cuja troca permitia circulação de mercadorias entre diferentes Estados, agregando a estes bens um valor de troca." (CALVETE, SOUZA, 2020, p. 406).

Na fase de ascensão inicial capitalista, podiam ser considerados produtos de luxo aqueles que proviam da ampliação do excedente do produto social, que não era

¹² Em referência ao livro de Aldous Huxley: "As Portas da Percepção" de 1964.

realocado para suprir as condições da reprodução da social, ou seja, que não eram produtos de subsistência direcionados para classe trabalhadora, mas ao invés disso, era consumido socialmente, em primeiro momento por parcelas aristocráticas reduzidas da população, posteriormente, devido ao aumento da oferta, por setores mais amplos. A exemplo, o consumo do açúcar, que em sua origem era uma droga raríssima bastante cara, e ao decorrer, foi incorporada como uma comodidade da vida cotidiana. Durante a fase de acumulação primitiva do capital, todas as drogas, de origem externa a sua comunidade, passaram por esse mesmo processo, ampliando sua disponibilidade de consumo à classe trabalhadora a partir da intensificação do comércio intercontinental. Consumo do excedente de produção são formas de luxo em cada época, que, com a ampliação dos mercados consumidores tornam-se necessidades básicas (CARNEIRO, 2002, p.121).

Na contemporaneidade, o valor de troca, expresso pelo valor comercial, o qual, é também hipertrofiado, não só como resultado da demanda crescente concreta do consumo, mas da criação de esfera especulativa de rentabilização financeira de capitais extremamente desregulamentados, conectados aos circuitos dos tráficos ilegais gerados pelo proibicionismo. Por isso, o valor monetário das drogas é resultado principalmente de sua proibição. Esse preço está muito além do lucro potencial entre preço do produto e custo de produção, ele absorve um custo de proibição, o que a economia costuma chamar de "externalidades", ou seja, custos indiretos em perdas humanas ou sociais decorrentes (CARNEIRO, 2018, p.24 e 25).

Com a expansão do comércio de psicoativos por todos os continentes, firmaram-se os hábitos de consumo nas populações. Enquanto as drogas se "limitavam" apenas em seu valor de uso, não se associava a ela a ideia de problema social (LIMA, 2009). O momento que marca a disputa pelo mercado e domínio de produção das drogas, é que se inicia os primeiros conflitos relacionados a estas mercadorias (CALVETE, SOUZA, 2020, p. 406). Trata-se, de um processo transnacional, objeto de atenção das relações internacionais, que ganha relevância a pouco mais de um século. Seu início, se dá, a partir das estratégias imperialistas dos Estados Unidos da América para conquista de áreas na Ásia no início do século XX, momento também que se intensifica a competição entre as potências imperialistas e as corporações monopólicas europeias. Nesse sentido, as políticas proibicionistas tem como uma de suas condicionantes centrais as lutas pelos espaços de centralização e acumulação do capital (LIMA, 2009).

É evidente, no entanto, que as "determinações do *problema drogas*" não são restritas ao modo de produção capitalista, mas do ponto de vista temporal, existe uma clara correlação entre o *problema drogas* e o estágio *imperialista* do capitalismo. Para análise histórica da mercadoria droga, interessa entender a transição da fase concorrencial do capitalismo para a monopólica¹³, principalmente, com relação aos incrementos tecnológicos relacionados à química a partir do séc. XIX, que possibilitou a extração dos alcalóides de plantas como ópio e coca (LIMA, 2009), tais extrações vieram a ser fundamentais para o desenvolvimento da farmacologia contemporânea.

1.3.2 - Moralismo, racismo e discurso médico.

No início do séc. XX os Estados Unidos estavam buscando a hegemonia econômica mundial, contando com o modelo racionalizado de produção fordista, mas mais do que isso, com seu estilo de vida, o famoso *American way of life* - o qual segundo Antônio Gramsci, o fordismo não serviu apenas como mecanismo de acumulação capitalista, mas também como base para o *American way of life* (BRAGA, 2011).

Gramsci, dentre diversas outras, trouxe contribuições importantes para compreender a complexidade dos processos produtivos fordistas, observando que esse sistema não buscava apenas a racionalização do processo produtivo, como o *taylorismo* - antes das análises de Gramsci, fordismo e *taylorismo* eram tidos como sinônimos - na verdade, essa racionalização se estendia à difusão de uma nova visão social de mundo pautada pela combinação proibicionismo com a regulação puritana dos hábitos sexuais (BRAGA, 2011). "O proibicionismo, que nos Estados Unidos era uma condição necessária para desenvolver o novo tipo de trabalhador em conformidade com uma indústria *fordizada*" (GRAMSCI, 2011, p. 29).

O sexo e a droga, - na época, Gramsci se referia ao álcool - eram os principais prazeres a serem contidos pela coerção industrial, que buscava o aproveitamento

¹³ "Na tradição teórica que vem de Marx, está consensualmente aceite que o capitalismo, no último quartel do século XIX, experimenta profundas modificações no seu ordenamento e na sua dinâmica econômicas, com incidências necessárias na estrutura social e nas instâncias políticas das sociedades nacionais que envolvia. Trata-se do período histórico em que ao capitalismo concorrencial sucede o capitalismo dos monopólios, articulando o fenômeno global que, especialmente a partir dos estudos lenineanos, tornou-se conhecido como o estágio imperialista" (NETTO, 1996, p. 15 *apud* SILVA, 2009, p. 42).

máximo de seus funcionários. "Disciplina dos instintos sexuais", "regulamentação e a estabilidade das relações sexuais", "estão indissociavelmente ligados a um determinado modo de viver, de pensar e de sentir a vida; não é possível obter êxito num campo sem obter resultados tangíveis no outro. Na América, a racionalização do trabalho e o proibicionismo estão indubitavelmente ligados; os inquéritos dos industriais sobre a vida íntima dos operários, os serviços de inspeção criados por algumas empresas para controlar a 'moralidade' dos operários são necessidades do novo método de trabalho." (GRAMSCI, 1976, p. 392 *apud* CARNEIRO, 2002, p. 127).

Esse tipo de sociedade racionalizada leva a relações sociais, "na qual a *estrutura* domina de maneira mais imediata as superestruturas, que são *racionalizadas*, isto é, simplificadas e reduzidas numericamente" (GRAMSCI, 2011, p. 39). Não é possível obter resultados em uma, sem obter resultados tangíveis na outra. É no campo da superestrutura que o discurso médico proibicionista atua, disseminando, o que Carneiro (2018) chamou de valor *ideológico* da palavra "droga", promovendo pânico moral, conferindo ao senso comum e institucional a dimensão da assim chamada "guerra às drogas"

Gramsci, discute a racionalização dos *instintos sexuais* e o controle do consumo de álcool, condição necessária para o trabalho racionalizado e a construção de uma nova sociedade racionalizada, para "a seleção ou *educação* do homem adaptado aos novos tipos de civilização" (GRAMSCI, 2011, p. 61-62). O italiano, ao descrever uma crise dos costumes da sociedade norte-americana no pós-guerra (primeira Guerra Mundial), denuncia a necessária coerção dos instintos sexuais - "do sistema nervoso" -, com reforço das instituições familiares estáveis. Gramsci, aponta o álcool como "o agente mais perigoso de destruição das forças de trabalho" (GRAMSCI, 2011, p. 68), se tornando dever do estado de regulamentar tal consumo, citando o proibicionismo do álcool como fruto da ideologia puritana tradicional, utilizada por empresários como Henry Ford para controle da vida particular de seus funcionários.

Dessa maneira, para as classes dominantes resta ser espelho e comunicadora da *virtude*, a qual não enxerga em outro local se não em si mesma. A classe dominada resta a observação e assimilação do ideal virtuoso da classe superior da sociedade estadunidense da época, e de certa forma perdura até hoje no Brasil. Esse ideal derivou da pressão coercitiva cristã, desenvolvendo a ideologia puritanista que dá "a forma exterior da persuasão e do consenso ao intrínseco uso da força." (GRAMSCI,

2011, p. 62). Porém, às classes dominantes cabem um duplo papel, o *virtuoso* e o de promotora da pressão coercitiva. Se a *virtude* for afirmada genericamente, sem pressão coercitiva, nem por convicção nem por coerção, logo, "não haverá ganho das atitudes psicofísicas necessárias para os novos métodos de trabalho" (GRAMSCI, 2011, p. 64). Entretanto, o ideário puritano somente se sustentará, estabilizando as crises de costumes, se a pressão coercitiva ocorrer também pela classe dominante sobre sua própria classe - auto coerção, autodisciplina, figuras de autoridades implacáveis.

Com relação à classe médica, ela também atua como defensora de seus próprios interesses, pois em grande parte pertence à classe dominante - a ideologia puritana, que visa através da convicção a assimilação das atitudes necessárias aos novos métodos de trabalho, onde a *virtude*, nesse caso, se encontra na normativa médica. Anteriormente, estava convencido que somente a classe trabalhadora necessitaria da moral puritana para melhor servir a burguesia, entretanto, Gramsci demonstra que para a sociedade da época se manter estável é necessário que as elites também assimilem tal moralidade, como forma de autodisciplina. Agora não podemos nos deixar enganar, ambas as classes estão sujeitas a ideologia puritana, mas exercendo funções diferentes. Aos trabalhadores a moral serve para disciplina dos novos métodos produtivos. Aos usurpadores de mais-valia, a moral serve para convencê-los de seu papel *virtuoso*, para servirem de espelho aos antagonistas, dessa forma, sustentando as relações de poder.

O movimento proibicionista americano analisado por Gramsci, na perspectiva do controle social das classes subalternas embasado no moralismo da ideologia puritana, foi um caldo bastante complexo de diversos movimentos sociais emergentes desde o século XIX, como bem aponta Carneiro (2018), no qual, teve como resultado a aprovação da emenda 18^o, a "Lei Seca", de 1920, indo até 1933, revogada pela emenda 21^o. De início os movimentos se classificavam a favor da temperança, ou seja, pela moderação, não abstinência total do álcool, abarcando movimento pelo voto feminino, bem como contra a escravização da população negra. Entretanto, com o desenvolvimento do neoprotetantismo estadunidense, as Igrejas Metodistas e sua forte disciplina moral, a luta contra a substância foi pautada por sua abstinência, nas palavras de EP. Thompson, "o metodismo condenou a classe operária a uma espécie de guerra civil moral – entre a capela e o bar" (CARNEIRO, 2018, p. 260).

Em um parágrafo, Carneiro (2018), resume bem o que foi o movimento proibicionista estadunidense:

A experiência contemporânea mais radical de controle dos hábitos, de engenharia social, de disciplinamento moral pelo Estado, ou seja, de biopolítica, talvez tenha sido, como vimos, o proibicionismo do álcool em alguns países na primeira década do século XX em diante, especialmente nos Estados Unidos, onde esse período de 1920 a 1933 é conhecido simplesmente como “a Proibição”. Os pilares maiores desse movimento foram o puritanismo religioso, o sentimento protestante tradicionalista contrário à cultura da imigração católica e judaica e o higienismo produtivista industrial (CARNEIRO, 2018, p. 313).

Não por acaso, ao decorrer das primeiras décadas do século XX, são feitas as primeiras convenções internacionais delineando o início das políticas internacionais de controle de substâncias psicoativas, com forte influência estadunidense. Passados 50 anos da primeira guerra do ópio, as pressões dos EUA para a adesão de suas propostas proibicionistas levaram a realização da Conferência de Xangai, em 1909. Essa conferência tratou especificamente da questão do ópio, no qual, EUA e China defendem medidas de controle sobre comércio e produção da substância, reunindo os países: EUA, China, Grã-Bretanha, França, Alemanha, Japão, Holanda, Portugal, Rússia, Tailândia, Irã, Itália e Áustria-Hungria (OLIVEIRA, 2020). Como bem destaca Silva (2014), a defesa das regulamentações defendidas pelos norte-americanos e chineses foram recusadas pelos países colonizadores e representantes da indústria farmacêutica, recusando qualquer tipo de controle às drogas, entendendo que a problemática do consumo era uma questão interna de cada país.

Novamente por pressão dos EUA, ocorreu nova conferência, a Conferência de Haia, em 1912, que, desta vez, obteve sucesso em estabelecer controle sobre a produção, comércio e consumo de ópio, ocorrendo também a inclusão da cocaína como substância alvo de controle. Entretanto, diversos países com grandes produções de ópio à época não compareceram à conferência, dentre eles, Turquia, Áustria, Suíça, Peru e Bolívia. Outros não aceitaram reduzir a produção: Portugal, Holanda, França, Rússia e Tailândia. Os conflitos foram resolvidos somente ao final da Primeira Guerra Mundial, no qual, o texto da convenção foi incluído no Tratado de Versalhes (1919) (TORCATO, 2016). Este último, foi importante para

internacionalização dos acordos firmados nestas conferências. Logo após a data, o Brasil passa a ser signatário da Conferência de Haia, por meio do Decreto nº 14.969, de setembro de 1921 (OLIVEIRA, 2020).

Seguindo a cronologia, posteriormente a Conferência de Haia, foi realizada a Conferência de Genebra (1924 e 1925), revisando acordos da conferência anterior, mantendo a liberdade de produção e comércio apenas para fins medicinais, com diferencial da inclusão da *cannabis* como droga a ser regulamentada. Posteriormente, ocorreu a Convenção Internacional de 1931, em Genebra, aprofundando as delimitações de uso e produção apenas para fins médicos, visando erradicar o uso do ópio fumado no extremo Oriente, em especial na China. Na Conferência Internacional de 1936, sobre a Repressão do Tráfico Ilícito de Drogas Nocivas, surge a lógica de repressão do comércio de drogas, caracterizando-o como crime (SILVA, 2014). Os processos de construção de políticas de controle das drogas tiveram um intervalo com a Segunda Guerra Mundial, retornando a partir da Convenção Única sobre Estupefacientes, de 1961, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) (OLIVEIRA, 2020).

Como descrito, no cerne das políticas proibitivas do álcool nos EUA, houve fortíssima influência da ideologia puritana, servindo de base para o empresariado estadunidense da época ter maior controle sobre seus funcionários. Entretanto, há outro fator fundamental para embasamento do proibicionismo ao longo da história recente, o preconceito racial. A exemplo, ao final do século XIX, nos Estados Unidos, a população chinesa imigrante era alvo de ataques devido aos hábitos de consumo do ópio fumado, no qual, foram identificados pelos médicos como fonte de "calamidade social", mesmo a indústria farmacêutica sendo a maior responsável pela comercialização de produtos à base de ópio (OLIVEIRA, 2020).

Ainda na terra da liberdade, no mesmo período, os negros norte-americanos eram associados ao uso de cocaína, espalhavam-se relatos de homens negros sobre o efeito da substância apresentavam tendências a violentar sexualmente as mulheres brancas. Tal ideia não se confirmava de acordo com as estatísticas da época, pelo contrário, dados hospitalares revelam que para cada 142 brancos, três negros faziam uso de cocaína (BEAUCHESNE, 2015, p. 106 *apud* OLIVEIRA, 2020). A *cannabis*, não ficou de fora dos ataques proibicionistas dos governantes estadunidenses do início do século XX, e a população alvo dos preconceitos raciais, para essa droga,

foram os mexicanos. Estes exemplos citados, criaram um terreno fértil para a associação entre abuso de drogas, raça e periculosidade (OLIVEIRA, 2020).

No Brasil não foi diferente, MacRae (2016), demonstra que nos anos 1920, as primeiras ações para as políticas sobre drogas no país, era uma clara alusão ao estigma sobre o consumo da maconha por parte dos segmentos negros, sinalizando o combate ao "fumo da angola". Estas políticas possuíam relações imbricadas com ações eugenistas, higienistas e racistas, executadas pelas elites com objetivo de assegurar a manutenção das antigas estruturas sociais.

Sob a bandeira da busca pela "civilização", "progresso" e "desenvolvimento", os médicos, "dotados do posto de missionários salvadores", entre o final do século XIX e início do XX, pós-abolição, trataram de produzir exaustivamente estudos que indicassem os males a serem superados pela pátria para alcançar o progresso, dentre eles, estavam os estudos sobre uso de substâncias psicoativas, que pudessem provocar degenerações sobre qualquer aspecto que constitui a ordem moral da sociedade: família, trabalho, religião (SAAD, 2019, p. 70). Havia uma preocupação, ainda que teórica, que a grande massa de escravos liberta - e, ainda mais numerosas, as gerações anteriores de negros libertos e seus descendentes - alcançasse o mesmo patamar social de direitos e possibilidades do resto da população. Nesse contexto, as teorias nomeadas *científicas*, que justificassem as desigualdades entre as pessoas, encontravam terreno mais do que fértil no Brasil recém-republicano.

As teorias do determinismo biológico e racismo científico, bastante consolidadas na Europa, passaram a ganhar força no Brasil. O crescimento das "classes perigosas" e o aumento da urbanização, geraram preocupação principalmente nas grandes cidades. Assim, a elite intelectual buscou importar, do velho continente, teorias racistas e biodeterministas para justificarem o fracasso da implementação prática de um governo popular - o que não havia sequer acontecido - , ideias de liberdade e igualdade que a República apresentou à população. Devido a isso, muitos elementos da cultura afro-brasileira passaram a ser identificados como perigosos e criminalizados, incluindo o consumo da maconha (SAAD, 2019).

A autora (SAAD, 2019, p. 77), citando o estudo de Pernambuco Filho e Adauto Botelho, *Vícios sociaes elegantes* (1924), demonstra que dentre as tantas drogas que ameaçavam uma "raça" saudável, haviam os "chamados vícios sociais elegantes". Como exemplo, a cocaína, que havia chego por "moços ricos, vindos de paizes estrangeiros", introduzida nos "'meios elegantes', onde era consumida por 'imitação,

por curiosidade e por *chic*". Dessa maneira, a cocaína que se iniciou como um vício *chic*, "foram-se infiltrando poderosamente em todas as camadas sociais [...] como um flagello temeroso para os indivíduos, para a coletividade, para a eugenia". Uma vez que o vício chegasse às classes sociais inferiores, estas estavam sujeitas a se entregarem a ele: "os indivíduos reflexos que privados de personalidade sólida, de caráter firme, vivem das imitações". Devidos aos delírios de superioridade da elite da época, era comum em suas análises, possuírem a visão que as classes "inferiores" estivessem limitadas a imitar seus hábitos.

Entre os 'elegantes', o uso se dava inclusive entre os 'espíritos cultos' que, por algum traço de fraqueza, se entregavam a um vício que poderia proporcionar euforia ou esquecimento de alguma tristeza. Nos 'populares', a falta de caráter, personalidade e a tendência à imitação eram responsáveis pelo vício (SAAD, 2019, p. 78).

Por outro lado, havia o temor que o "vício em maconha", amplamente distribuído entre as classes mais pobres, ascendesse socialmente, seguindo o caminho oposto dos vícios elegantes, constituindo uma verdadeira ameaça "para as casas das famílias dos homens de bem" (SAAD, 2019, p. 79). Preocupados também, que outros "vícios do povo", como o candomblé e a capoeira, chegassem até a "boa sociedade".

Adiala (2016, p. 85), diz que "uma doença não existe enquanto fenômeno social até que concordemos que ela exista, isto é, até que ela seja percebida, nomeada e busquemos solução para ela". Nesse sentido, a "definição" é fundamental para a constituição da doença enquanto fenômeno social, no caso, a definição da "categoria diagnóstica toxicomania", que servirá de base para argumentação proibicionista ao uso de drogas, em particular, neste caso, ao uso da maconha. O autor cita o trabalho do médico sergipano Rodrigues Dória (1915), intitulado "Os fumadores de maconha: efeitos e males do vício", este trabalho deu início a definição do uso da *cannabis* como uma patologia mental. Sendo assim, a partir da inclusão do uso da maconha como uma categoria de toxicomania, as autoridades médicas, legais e policiais passaram a tratá-la como um problema social e uma ameaça à saúde do país.

Em sua tese de doutoramento, ao analisar as teses da Faculdade de Medicina da UFRJ no período da primeira república (1890 a 1921), Júlio Adiala, demonstra que, ao final do século XIX, o uso do ópio era bastante conhecido e utilizado na terapêutica

brasileira. No qual, médicos elogiavam seu poder anestésico, argumentando, alguns, com relação à asserção de Orfila, "de que a diferença entre o remédio e o veneno seria apenas uma questão de dosagem" (ADIALA, 2011, p. 75), dessa forma, não se tratava de um problema circunscrito da morfina ou das demais drogas anestésicas, mas sim uma questão do risco médico em elevar as dosagens das drogas, podendo implicar na morte dos pacientes.

O autor, traz uma cronologia dos produtos que passaram a ser identificados como tóxicos, expressos seus efeitos patológicos na forma de "categorias diagnósticas", em sua maioria referenciadas em substâncias específicas: "psicose de origem tóxica (1890), loucura alcoólica (1893), cocainismo (1898), alcoolismo (1904; 1909; 1919), morfinomania (1907; 1911; 1922; 1929) psicose alcoólica (1909), morfinismo, cocainomania (1911), heroïnomania (1911); intoxicação cocaínica (1911), intoxicações viciosas (1921); e toxicomania (1923; 1924; 1926; 1930; 1931)" (ADIALA, 2011, p. 72). Dessa maneira, fica evidente o início da constituição das drogas como um problema de saúde no Brasil. Em complemento, Rosa e Guimarães (2020), afirmam que, as décadas de 1920 e 1930, foram um período de intensa ação médica, se articulando ao sistema jurídico, configurando um sistema médico-judicial, que legitimou as políticas racistas antidrogas.

Dessa maneira, se consolida no Brasil nas primeiras décadas do século XX a ótica médica sobre a problemática, já presente no país desde o final do século anterior. Tal ótica se preocupava em explicar os distúrbios sociais com a perspectiva das patologias clínicas, assim, criminalidade, vadiagem e prostituição eram consideradas "doenças" cujas causas eram ligadas ao meio social com predisposições genéticas (BARROS, 1995, p. 34, *apud*, SILVA, 2009), uma espécie de lei médica contra a vadiagem¹⁴. No mesmo período, o alcoolismo era tido como doença¹⁵ perante a lei, e

¹⁴ Em O Capital, capítulo XXIV, tópico terceiro - "Legislação sanguinária contra os expropriados desde o final do século XV. Leis para o rebaixamento dos salários" -, Marx, relata uma série de leis brutais contra a população pobre da Inglaterra, entre os séculos XVI e XVIII, no qual, expropriados de seus meios de subsistências e de suas terras, a classe trabalhadora se viu "livre como os pássaros", necessitando vender sua força de trabalho para adquirir através da compra o que outrora era fruto de suas terras. Os que não se "adaptaram" à nova realidade de venda da força de trabalho, os vadios, esmoleiros, saqueadores, eram brutalmente punidos com marcas de ferro em brasa na face, perda de membros e até mesmo, na reincidência, chegando à morte. É evidente que a classe médica da época não aplicou tamanha brutalidade explícita, mas se utilizou da mesma lógica para seus diagnósticos preconceituosos.

¹⁵ Em levantamento realizado por Julio Adiala nos Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal de 1905 a 1931. É demonstrado que as publicações da época, principalmente entre 1905 a 1910, trabalhavam com a classificação de doenças mentais, em geral dos casos de internação no Hospício Nacional dos Alienados. Em todos os artigos o álcool é citado como causa dos diagnósticos

a condição de ebriedade constituía uma circunstância agravante para crimes. A punição "dos alcoólatras era um gesto carregado de muitos matizes: degenerescência, moralismo, livre-arbítrio, miséria, violência, criminalidade." (SILVA, 2009, p. 17). A autora também destaca que, na atualidade, já faz parte do imaginário popular a correlação entre drogas ilícitas, criminalidade e violência. Levando à uma associação quase "natural" que, substâncias entorpecentes são drogas porque são "produtos de má qualidade"; ou que o único caminho possível para o uso de drogas fosse o uso abusivo e/ou a violência. Entretanto, tais concepções foram construídas ao longo dos últimos séculos, resultado as políticas nacionais em alinhamento às políticas externas proibicionistas, cujo ator principal desse drama se orgulha de ser a "terra da liberdade".

Entre os séculos XVIII e XX, ao longo de duzentos anos, os médicos cuidaram da inadequação dos quadros culturais onde as substâncias psicoativas eram empregadas, desqualificando o caráter ritualístico e sacro que envolviam o consumo destas substâncias nesses contextos. Mudanças ocorreram não só na forma, mas também no "lugar" construído ao longo do período para as representações sociais dessas substâncias. Coube ao campo do conhecimento médico a formulação do discurso competente da temática, disseminando as representações de normativas sociais em bases científicas, conseqüentemente, fornecendo os argumentos necessários aos instrumentos reguladores e repressivos, com a prerrogativa de garantir "o bom funcionamento da sociedade em seus múltiplos aspectos: espaços públicos e privados, instituições, inter-relações pessoais, indivíduos" (SILVA, 2009, p. 16). O discurso médico que embasou o proibicionismo se fixou no campo da superestrutura, transpirando moralismo e preconceitos étnicos pelos poros.

É diante do entendimento das drogas como mercadoria, com interesses econômicos bem-marcados, bem como o histórico do proibicionismo que se utiliza do moralismo puritano e preconceitos étnicos raciais, com a apropriação do discurso médico supostamente preocupado com a saúde, que a criação da problemática das drogas tem reflexos atuais: encarceramento em massa da população negra, violência policial, estigma social, etc. Haja vista este processo histórico e seus efeitos numa

– loucura alcoólica, psicose alcoólica. O tema do alcoolismo continua ao longo das publicações da década de 1910, havendo uma mudança de foco no período de 1920, onde as atenções são voltadas às toxicomanias e à morfinomania. (ADIALA, 2011, p. 64-65)

história mais breve, que buscaremos caracterizar algumas concepções sobre o ensino de drogas na atualidade.

2 - DIFERENTES CONCEPÇÕES DO ENSINO SOBRE DROGAS.

Como já demonstrado, ao longo do final do século XIX, início do XX, o uso e comercialização das substâncias psicoativas começou a ser regulamentado pelo Estado. Esse processo contou com o discurso patologizante da medicina da época. As classificações de toxicômanos, ou seja, os usuários das drogas, principalmente aquelas ligadas às classes subalternas, foram associadas a doença, fraqueza moral, a ideia de perigo, violência etc. Argumentos reforçadores do ideário eugênico e higienista, que a medicina da época buscava implementar, visando a "modernização" da sociedade brasileira. O uso de drogas pelas classes mais baixas sinalizava risco às elites, bem como a distração dos homens e mulheres pelos prazeres proporcionados pelas substâncias os tiravam do foco para com sua serventia, diminuindo a produtividade do trabalho.

É nesse contexto histórico que buscaremos compreender como se deu as concepções de ensino escolares relacionados à problemática das drogas. A apropriação do discurso médico relacionado aos psicoativos reverberou para o ensino da questão nas escolas, no qual, as aulas que visavam e visam tratar das drogas fazem parte do que classificamos como "Ensino em Saúde", muitas vezes esse campo de ensino fica delegados aos professores formados em Ciências Biológicas, quando não, médicos e enfermeiros com ações mais pontuais. Via de regra, as aulas de Ciências da Natureza e Biologia relacionadas às drogas e a saúde de maneira geral, se apresentam com um caráter biologizante, abordando conteúdos como anatomia e fisiologia do corpo humano, não relacionando com as demais áreas do conhecimento (ACSELRAD, 2005), variando, de acordo com a conceituação do que se entende por saúde.

Os primórdios da educação em saúde no Brasil, começou nas escolas durante a década de 1920, com a difusão das ideias da Escola Nova. As ideias escolanovistas da época, desenvolvidas pelos professores e educadores sanitários, eram carregadas da visão positivista, baseada na hipótese de que a instituição educacional poderia corrigir, através do saber higiênico, a ignorância familiar que comprometia a saúde das crianças, dessa forma, as escolas foram vistas não somente, como espaço de ensino e controle social, mas também espaços terapêuticos (SILVA et al., 2010). Entretanto, os autores apontam os equívocos da perspectiva positivista, que apresentavam um ensino mecanicista, com enfoque excessivo nos agentes

etiológicos das doenças e um pequeno peso aos fatores ambientais. As ações não tinham o objetivo de intervir nas condições de vida e trabalho, que as populações das classes populares se encontravam inseridas.

Na década de quarenta, em plena guerra, se estabelece em convênio entre governo brasileiro e norte-americano, a estruturação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que atuou no desenvolvimento das instituições de saúde no país, principalmente relacionadas a propostas no campo de programações de saúde. No campo da educação, trouxe novas técnicas para educação em saúde, com recursos audiovisuais sofisticados, e uma tendência pedagógica tecnicista. Este processo, introduziu nas escolas a educação sanitária, visando criar um sistema básico de hábitos higiênicos, com forte influência eugenista, buscando a criação de técnicas de regulação e normalização, capaz de dominar, de forma inconsciente, "toda existência das crianças" (SILVA et al., 2010, p. 2544).

Com o golpe militar de 1964, houve uma piora da saúde brasileira em termos gerais, principalmente para as parcelas mais carentes da população. A política de saúde imposta, na época, pelos militares, visou a expansão dos serviços médicos privados, especialmente hospitais, no qual, a educação em saúde não era valorizada. Até a década de setenta, a educação em saúde foi basicamente uma iniciativa das elites econômicas e políticas, logo, defendendo seus interesses através da imposição de normas e comportamentos considerados adequados às elites (SILVA et al., 2010). Dessa maneira, não divergia grandemente das perspectivas de educação em saúde vindas desde a década de 1920. Porém, com o diferencial do caráter privatista da saúde brasileira.

A situação começa a mudar em meados da década de 1970, diante da ameaça de perda da estabilidade social, o estado brasileiro foi obrigado a se preocupar com problemas de saúde, educação, habitação e saneamento (SILVA et al., 2010). Na mesma época, houve uma série de reformas na área de políticas da saúde, as ideias de Paulo Freire, por uma educação dialógica, eram assimiladas nas ações de saúde, embora não incorporadas no país como um todo. A educação em saúde, através do artigo 7 da lei 5.692/71, é tornada obrigatória nas escolas de 1º e 2º grau, visando estimular os conhecimentos e práticas da saúde básica e higiene (MOHR; SCHALL, 1992).

Mohr (2002), ao caracterizar a expressão "educação em saúde" (ES), diz que a mesma designa atividades realizadas como parte de um currículo escolar,

relacionadas ao ensino-aprendizagem do tema de saúde coletiva ou individual, atividades que possuem intenção pedagógica clara. Essas atividades não necessariamente precisam ser executadas por um professor, profissionais relacionados a área da saúde como enfermeiros, bombeiros, médicos, dentistas, etc., também atuam em atividades curriculares sobre o tema - e no caso do ensino sobre drogas, policiais podem assumir o papel de "educadores", o que carrega um imenso simbolismo. Para a autora, a escolha da expressão "educação em saúde" não é apenas um jogo de palavras. Outras expressões como "educação sanitária", remete a uma concepção de educação fortemente marcada pelo higienismo, numa perspectiva de policiamento médico, nesse sentido, atualmente, "educação sanitária" tem um sentido quase pejorativo. O uso da expressão "educação para a saúde", também presente na bibliografia, insinua que a "saúde pudesse ser um estado que se atingisse depois de educado" (MELO, 1987, p. 40 *apud* MOHR, 2002, p. 42), bem como, este termo dá a entender que a saúde seja algo estático, que uma vez alcançada, não pode perdê-la. Dessa maneira, para Mohr, educar "em" saúde significa ensinar através e a partir do tema "saúde", com grande potencial pedagógico.

Breves questões sobre o ensino em saúde no Brasil, foram feitas para melhores observações sobre o ensino do tema das drogas no país atualmente. Como evidenciado por Santos et al. (2010), o passado da educação em saúde remonta uma pedagogia baseada em pressupostos higienistas e eugenistas, uma educação prescritiva que, através do inculcamento do que se entendia por saúde e saudável, buscava um viver higiênico e um comportamento - por parte da classe trabalhadora - dócil. Nota-se a relação, entre o período histórico de início da educação em saúde no Brasil e seus pressupostos, bem como entre - como vista no capítulo anterior - o período histórico de ascensão das medidas proibicionistas às drogas, a crescente preocupação por parte dos médicos da época com o tema, para evitar os males a saúde física e moral, e todas as implicações sobre a marginalização de pobres e negros que perdura até hoje. Ambos surgem na mesma época, ambos servindo como mecanismo de controle social.

Agora, tendo em vista uma história mais recente, mais especificamente a temática das drogas no ensino básico. Observa-se nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), de 1997, em sua introdução para o ensino fundamental, o tema das drogas é citado no tópico, "abordagem de questões sociais urgentes: os temas transversais", no qual, "é necessário que a escola trate de questões que interferem na

vida dos alunos e com as quais se veem confrontados no seu dia-a-dia". Fundamentados na Lei Federal nº 9.394/96, artigo 27, que destaca que os conteúdos do currículo devem difundir valores fundamentais aos interesses sociais, aos direitos e deveres dos cidadãos, respeito ao bem comum e à ordem democrática (BRASIL, 1997, p. 65). Nesse sentido, são integrados ao PCN como Temas Transversais, as problemáticas com relação à ética, saúde, meio ambiente, pluralidade cultural, orientação sexual e consumo. O uso de drogas, segundo o documento, pode ser tratado como subtema, ou receber tratamento mais específico dependendo do contexto social, político, econômico e cultural.

No caderno específico do PCN do 3º e 4º ciclo do ensino fundamental em ciência da natureza. Para o terceiro ciclo, no eixo temático "Ser humano e saúde", a temática das drogas aparece em apenas um parágrafo, se referindo "a necessidade de refletir sobre causas de sentimentos fortes, sejam agradáveis ou desagradáveis", está reflexão auxiliaria na tomada de consciência entre sentimentos fortes e comportamentos de risco, no qual, o uso de drogas seria um destes comportamentos (BRASIL, 1998, p. 76). No quarto ciclo, a questão reaparece, novamente associada a comportamentos de risco, citando o uso contínuo de "drogas como álcool, barbitúricos, tranquilizantes, antidepressivos e narcóticos" (BRASIL, 1998, p. 104). Em sequência, o documento aconselha:

Pode ser importante problematizar esses temas, interpretando dados e situações reais ou ficcionais, enfocando as polêmicas sociais e informações claras sobre o sistema nervoso. Pode-se também ressaltar a voluntariedade dos atos humanos, a capacidade de decisão sobre as próprias ações e de participação em ações grupais ou sociais, visando ao amadurecimento pessoal e do grupo a que pertence (BRASIL, 1998, p. 104).

O documento afirma, que ao explicar a ação no nível de sinapses nervosas aos estudantes, estes últimos, podem estabelecer relações entre estímulos do meio externo, suas reações e o desenvolvimento do ser humano - e o que considero mais intrigante -, "o delicado equilíbrio entre estado de saúde e estado de doença, discutindo-se valores e atitudes envolvidas" (BRASIL, 1998, p. 104).

Lessmann (2020), ao consultar os PCNEM e PCN+, dos anos 2000 e 2002 respectivamente, para o ensino médio, observou que o termo "drogas" não estava sendo mais usado, nem mesmo os termos, "psicoativos" ou "psicotrópicos". O único que mais se assemelha a discussão utilizados pelos documentos, foi o termo "medicamentos", e sempre que referenciado está relacionado a ideia do uso de medicamentos para manutenção da saúde. Dessa maneira, silenciam discussões pertinentes para os estudantes do ensino médio, sobre os fatores de risco e proteção relacionados ao uso de drogas, no sentido amplo do termo.

Nos PCN's, apesar de uma abordagem voltada para a compreensão fisiológica do tema das drogas, bem como associando-as a comportamentos de risco, percebe-se um caráter minimamente preventivo com relação ao uso de substâncias psicoativas, com uma preocupação mínima com a interdisciplinaridade, o classificando como um tema transversal. Contudo, na Base Nacional Comum Curricular (BNCC), de 2018, a temática das drogas foi bastante reduzida. Neste documento, o termo "drogas" também não é utilizado, encontrando somente o termo "substância psicoativas", num quadro de habilidades esperadas para os alunos do sexto ano, na unidade temática "Vida e evolução", não estendendo o tema para os demais anos. Neste quadro, a habilidade sob o código "EF06CI10", estabelece "explicar como o funcionamento do sistema nervoso pode ser afetado por substâncias psicoativas", vindo de uma sequência de habilidades relacionadas a explicações e funcionamentos do corpo humano. Para Lessmann (2020), o esvaziamento da discussão sobre drogas na BNCC, representa um retrocesso aos propostos pelos PCN, limitando o entendimento das drogas às reações fisiológicas causadas pelo uso das substâncias¹⁶.

A tratativa das drogas de maneira a limitá-las aos seus efeitos fisiológicos no corpo, se esbarra na própria concepção de saúde. No campo da educação, como demonstra Martins (2017), a abordagem hegemônica de saúde entende a mesma como mera ausência de doença, sendo denominada de abordagem 'biomédica'. Esta abordagem, ocasiona reflexos importantes na educação em saúde - e por consequência das drogas -, pois reproduz uma visão limitada de saúde,

¹⁶ Em associação rápida, no qual, melhores estudos seriam necessários. Observa-se uma relação entre os retrocessos, citados no capítulo anterior, da nova política sobre drogas nacional (13.840/19), aumento dos índices de violência policial, bem como o esvaziamento da temática das drogas da BNCC. Sugerindo um retrocesso no país relacionado às tratativas das problemáticas sobre drogas.

comprometendo o entendimento de professores e alunos sobre o tema, bem como gera implicações para a construção de práticas de saúde individuais e coletivas.

Como discutimos no capítulo 1, o modelo biomédico relacionado a drogadição é baseado na suposição de que o uso de qualquer substância pode possuir um caráter progressivo, levando à dependência. Um modelo bastante apegado à farmacologia e a caracterização clínica dos casos dependentes, para esta última, se valendo de uma classificação baseada na frequência de uso, e nos sinais e sintomas do indivíduo que faz uso. Não há distinção dos contextos de uso, todas as drogas são potencialmente viciantes, e não se diferencia substâncias lícitas e ilícitas (nem para confirmar, nem criticar o argumento). A própria definição de droga estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (2006), utilizada recorrentemente por esse modelo, se apoia na concepção de dependência.

Martins (2017) discute que, muitas das críticas à abordagem biomédica argumentam que a mesma possui uma visão fragmentada de saúde, reducionista, colocando a doença como foco de suas práticas, logo, privilegia o tratamento e a cura do corpo, deixando de lado, o contexto social e ecológico que os sujeitos estão inseridos. A autora, se valendo das ideias de Camargo Júnior (2007), aponta três dificuldades principais para esta abordagem: indefinição conceitual, reducionismo biológico e a reificação da doença.

Além da perspectiva biomédica, de acordo com Moreira et al. (2006), existem mais duas maneiras básicas de posicionamento diante a problemática do uso das substâncias psicoativas na educação, a tradicional e a "redução de danos". Esta última vem promovendo um olhar de prevenção ao uso de drogas, em contrapartida à abordagem policial (FIGUEIREDO, 2017). A tradicional, baseada nos pressupostos da "guerra às drogas", tem seus esforços voltados à redução da oferta de produtos psicoativos¹⁷. Como já dito, esta concepção de prevenção de uso, traz informações pautadas no pânico moral, seguindo, em geral, o modelo educativo de aprendizado passivo, utilizando técnicas de persuasão dos indivíduos para a abstinência, resumida no slogan: "Diga não às drogas". No Brasil, temos como exemplo desta concepção o Programa Educacional de Resistência às Drogas (Proerd), aplicado principalmente por policiais, inspirado no projeto estadunidense *Drug Abuse Resistance Education*

¹⁷ Os autores não ressaltam, mas o enfoque está na redução da oferta de produtos ilícitos, os únicos que são alvo das medidas punitivas da "guerra às drogas".

(Dare). Como bem ressaltam, a figura do policial pode conter - e contém - representações simbólicas, que nem sempre são positivas (MOREIRA et al., 2006).

Figueiredo (2017, p. 334 a 336), denuncia que a ausência de programas educacionais e de orientação pedagógica por parte do Ministério da Educação, resulta na pouca atuação das escolas públicas sobre o tema das drogas, e quando fazem, é comum se utilizarem do modelo policial semelhantes ao PROERD, dessa forma, naturalizam o enfoque da prevenção às drogas é uma questão de polícia. Como diz a autora, ao citar o primeiro *Plano Nacional da Juventude*, fica estabelecido como objetivo a tomada de medidas efetivas contra a comercialização de drogas, principalmente no ambiente escolar, com a prerrogativa de coerção a violência e de proteção dos jovens. O resultado só poderia ser um, a promoção de "casos de intervenção policial dentro do espaço escolar, tanto pseudoeducativas, como repressivas".

A perspectiva proibicionista de educação sobre drogas, se utiliza do método do amedrontamento, partindo da hipótese de que ao disseminar o medo nos alunos com relação ao uso de drogas, eles ficarão mais propensos a prevenir o uso, entretanto, o objetivo da abstinência completa de fato não é alcançado (SODELLI, 2020). Em síntese, o autor pontua as principais críticas: a educação proibicionista não considera os princípios básicos de respeito à liberdade; assume caráter moral e preconceituoso em relação aos usuários de drogas; tem como objetivo principal a abstinência total das drogas.

Sodelli (2020), afirma que mais importante de apontar o fracasso da postura proibicionista na educação, é ter claro que as políticas de guerras às drogas causam mais prejuízos às pessoas, do que o próprio uso de drogas. Complementa, com uma ideia bastante difundida pelos campos progressistas, de que não existe uma "guerra às drogas", mas sim, uma guerra às populações mais vulneráveis, seja pelo encarceramento em massa, seja pelas mortes provocadas.

Nesta linha, Buchele et al., (2009, p. 271), citando o Programa de Valorização a Vida, do Ministério da Educação (1990), através da Secretaria de Projetos Educacionais Especiais, distinguem seis principais abordagens para a prevenção do uso de drogas no Brasil, ressaltando que as mesmas não são excludentes entre si. Elas são:

1. *Enfoque do princípio moral*: condena o uso de drogas, se baseando em pressupostos religiosos, morais e éticos, reforçando valores patriotas ou de sacrifício por um bem comum;

2. *Amedrontamento*: inspira-se na "pedagogia do terror", reforçando informações negativas sobre as drogas. Era a mais utilizada na época, entretanto, se mostrou pouco eficaz, perdendo credibilidade com a juventude em face das experiências com drogas no cotidiano das mesmas.

3. *Conhecimento científico*: "proposto em oposição ao amedrontamento, transmitindo informações de modo imparcial e objetivo para que o educando possa tomar decisões racionais sobre o uso de drogas ou não". Porém, estudos demonstram que as informações científicas sobre as drogas não têm relação imediata com a diminuição do consumo das substâncias.

4. *Educação afetiva*: tem o objetivo de modificar fatores de personalidade que podem predispor ao uso de drogas, propondo desenvolver a capacidade de lidar com tensões, angústias e frustrações, habilidades de tomada de decisão e interação em grupo, etc. Entretanto, os autores ressaltam a dificuldade de implementação da estratégia nas escolas, já que necessitaria treinamentos dos profissionais da educação, bem como disposição das instituições de ensino para "acatar mudanças pedagógicas e de comportamento".

5. *Pressão positiva do grupo*: "tenta mobilizar líderes naturais dos jovens para que assumam atitudes antidrogas nas atividades corriqueiras das diversas faixas etárias", dessa maneira, através da coesão afetiva dos próprios jovens, busca-se desestimular o uso de drogas.

6. *Qualidade de vida*: adota um enfoque ecológico-ambiental e humano, procurando estimular hábitos de vida saudável, dessa forma, evitando a procura por drogas. Trata as drogas como "agressoras de uma vida saudável", tais como poluição, barulho, violência, miséria, desemprego, entre outros. Visa, com isso, abordar a questão das drogas de forma integral, resgatando a cidadania individual e comunitária.

Observa-se, que de maneira mais, ou menos explícita, as abordagens visam levar os alunos a evitar o contato com as drogas. Estas perspectivas preventivas, como diz Acselrad (2005), a partir da noção maniqueísta, de que determinadas substâncias e comportamentos sociais são ruins, buscam prevenir a própria experiência do uso de forma radical, com o objetivo da abstinência. Nessa perspectiva, surge a proibição e repressão, como forma de controlar todos os riscos. Como

consequência, grupos que possuem tais comportamentos, passam a ser marginalizados.

Para que não passe batido. A defesa do *conhecimento científico* como algo imparcial, que fornece informações para que os educandos tomem suas decisões de modo racional, neste caso representado pela abordagem biomédica, é uma falácia. Michael Apple (2008), aponta duas principais perspectivas para a não neutralidade do conhecimento apresentado nas escolas. Primeiro, a própria instituição escolar não é um empreendimento neutro, gerando resultados em termos econômicos, bem como as instituições parecem na prática atuarem como agentes de reprodução cultural e econômica das relações de classes em nossa sociedade. Segundo - e mais importante neste caso -, a defesa da neutralidade ignora que o próprio conhecimento presente nas escolas é fruto de uma seleção muito maior de outros conhecimentos, essa seleção, por sua vez, reflete as crenças e perspectivas de segmentos poderosos em nossa sociedade. No caso da temática das drogas, essa situação se complexifica devido ao emaranhado de elementos de valor moral, jurídico, médico, econômico, etc., que se encontram bem marcados, no qual, a educação sobre o tema está longe de ser algo neutro (LIMA, 2013).

Agora, se tratando mais especificamente da "redução de danos" (RD). Ela pode ser definida como uma política de saúde que possui o objetivo de reduzir os prejuízos de natureza biológica, social e econômica relacionados ao uso de drogas, respeitando o indivíduo e seu direito de consumir drogas (ANDRADE; FRIEDMAN, 2006 *apud* MOREIRA et al., 2006). Esta proposta ganhou força nos anos de 1980, com o aparecimento da epidemia de HIV/AIDS e a transmissão do vírus através do compartilhamento de seringas, comum entre os usuários de drogas injetáveis. Logo, se assume que o uso de drogas lícitas ou ilícitas são parte da realidade, trabalhando então para minimizar os possíveis efeitos danosos, em vez de ignorá-los ou condená-los (MOREIRA et al., 2006). Demonstrando, um avanço qualitativo em relação às propostas tradicionais.

A busca por novos discursos e práticas relacionados à prevenção das drogas, além do fator já citado, a disseminação do HIV, também encontra relação com a impossibilidade das políticas proibicionistas - incorporadas no ensino como o modelo tradicional - de responder a uma problemática tão complexa, com apenas uma única

solução: a abstinência¹⁸ (LIMA, 2013). Para além disso, a autora, também destaca a implementação da *Política Nacional de Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas*, de 2003, com foco em medidas de redução de danos, bem como o investimento internacional de órgãos que enfatizam a educação na prevenção ao uso indevido de drogas, esses órgãos são: Organização das Nações Unidas para a Ciência, a Educação e a Cultura (UNESCO), Programa das Nações Unidas Para o Controle Internacional de Drogas (UNDCP), Banco Mundial e Comunidade Européia.

Segundo Marlatt (1999 *apud* MOREIRA et al., 2006), a redução de danos pode ser sintetizada em cinco princípios: 1) uma alternativa de saúde pública aos modelos moral, criminal e de doença; 2) reconhecimento da abstinência como um ideal, porém, não recusa alternativas que reduzam os danos; 3) Baseia-se na defesa do dependente; 4) Promove acesso a serviços que acolhem os usuários de forma mais tolerante, diferente das abordagens tradicionais, que, em geral, exigem sua abstinência total como pré-requisito; 5) Baseia-se nos princípios do pragmatismo empático, em oposição ao idealismo moralista.

Santos et al. (2010), entretanto, em artigo de revisão, demonstra divergências significativas quanto aos entendimentos e práticas relacionadas à redução de danos. Os autores citam alguns tipos de concepções de redução de danos, selecionei alguns. A concepção, classificada pelos autores como "dependência-dependente", considera os sujeitos como passivos diante do uso de drogas, incapazes de se adaptar às normas e regras sociais, no qual, estariam cooptados pelas drogas. Pressupõe-se, nesta concepção, que o consumo caminha sempre em direção ao uso problemático ou dependente, logo, seria necessário evitar que o primeiro uso ocorra. A RD, neste caso, é utilizada somente como meio de chegada aos usuários que não aceitam tratamentos voltados para a abstinência. Se assemelha ao entendimento de drogadição biomédico, já discutido.

Outro contorno da RD, seria: redução de danos alicerçada no modo de viver de uma dada "comunidade". Se mostra um entendimento mais amplo de RD, fundamentando-se na correlação de diversos fatores que levam a manutenção do

¹⁸ Em entrevista ao Jornal da Universidade da UFRGS, o pesquisador Jonas Lunardon, enfatiza que devemos tomar cuidado ao dizer que a "guerra às drogas" falharam: "Ela deu errado no discurso pela qual foi vendida, que é de diminuir o consumo, acabar com o tráfico e criar uma sociedade disciplinada e moralmente saudável. Se tratamos a guerra às drogas como uma política de criminalização, então ela deu certo. A sociedade continua com um cenário de exclusão muito grande. Quando fazemos uma pesquisa metodologicamente rígida, ela demonstra que o proibicionismo e o punitivismo com relação às drogas não funcionam e nunca funcionarão, e isso alimenta um sistema de exclusão e violência."

consumo prejudicial, no qual, os fatores de risco e de proteção são considerados no planejamento de intervenções preventivas. A finalidade de suas ações é a promoção de estilos de vida saudável, a melhoria da qualidade de vida e a promoção da saúde. Ao mesmo tempo que amplia sua compreensão do uso de drogas, trazendo elementos sociais, quando se reveste de conhecimentos técnico-científicos, visando o aprendizado de boas práticas de saúde e harmonia social, pode ficar restrita a uma cartilha de bons comportamentos. Dessa maneira, a promoção de saúde pode servir como reforçadora do controle de grupos dominantes sobre os indivíduos e comunidades.

Esta concepção de redução de danos, muito se assemelha ao discurso comportamental de saúde, que está relacionado a uma série de hábitos promotores das condições de uma vida saudável. Esse modelo de entendimento da saúde, como explica Martins (2017), foca em um conjunto de regras compatíveis com a saúde e a vida saudável: exercícios físicos, higiene, hábitos alimentares. Se possui uma série de comportamentos tidos como saudáveis, o contrário também se faz presente, logo, para alcançar uma vida saudável, é necessário combater os comportamentos de risco que podem levar a doença, tais como: estresse, vida sedentária, alimentação inadequada, fazer uso de drogas e até mesmo certas práticas sexuais. Nesse entendimento, os programas de educação em saúde aparecem como uma importante alternativa nos processos de intervenção, melhoria de saúde e prevenção de doenças. Ademais, quanto a responsabilidade sobre a saúde recai aos indivíduos, a noção de saúde como um *direito* é obscurecida, retirando ou diminuindo a percepção do papel ambiental, e das políticas públicas sobre a saúde da população.

Martins (2017), fazendo um apanhado das críticas com relação à promoção de saúde comportamentalista, refere-se a um último aspecto: o que se entende entre saúde individual e coletiva. O principal argumento contra a individualização das tratativas de saúde é reconhecer que os fatores de saúde em nível de sociedade, não é a representação das somas dos indivíduos. O reconhecimento dos fatores individuais permite identificar aqueles que estão submetidos a fatores de risco, entretanto, esse reconhecimento deve ser cruzado com fatores relacionados à coletividade, como informações sobre distribuição de renda, segurança, meio ambiente sustentável, etc., expandindo a noção de saúde para além da comportamentalista.

Por fim, Santos et al. (2010), expõe a concepção com a qual mais me alinho. Nesta, considera-se o sujeito como um ser coletivo, não o individualizando de todo (como na primeira concepção exposta aqui), nem um indivíduo inserido em uma comunidade (como na segunda concepção). Considera-se também, os sujeitos estratificados em classes ou grupos sociais, portanto, submetidos a condições desiguais de reprodução da vida. Neste caso, "a RD é considerada um conjunto de saberes e práticas que parte de uma compreensão estrutural do complexo sistema de produção, distribuição e consumo de substâncias psicoativas, tal como se apresenta na contemporaneidade, para propor uma ação menos instrumental e mais emancipatória" (SOARES, 2007 *apud* SANTOS et al., 2010, p. 1006). A partir disso, abrem margem para críticas às políticas de criminalização da venda e consumo de drogas. Privilegia-se aqui, a educação como ferramenta teórico/prática de transformação social, para isso, deve ser baseada numa compreensão global e crítica sobre a realidade histórica e social sobre o uso de drogas.

Entendimentos de saúde restritos, não dão conta da abrangência que esta perspectiva de RD propõe. Logo, não se trata de uma abordagem biologizante da drogadição, nem uma série de prescrições de comportamentos que irão dar conta de toda complexidade do tema das drogas e saúde. Dessa maneira, a abordagem de saúde socioecológica é a que melhor comporta as explicações sobre RD menos instrumental, com enfoque emancipatório. A abordagem socioecológica, segundo Martins (2017), surge como uma alternativa às abordagens de saúde orientadas, no geral, por uma visão unicausal (doença/patógeno, na perspectiva biomédica. Doença/comportamento de risco, na perspectiva comportamental biomédica. Ambas conduzem a uma ênfase sobre aspectos biológicos). Esta abordagem alternativa, influenciada pelo sanitarismo, bem como pelas contribuições da epidemiologia, expande a visão unicausal para uma visão multicausal da saúde e da doença.

Como o próprio nome sugere, os fatores ambientais como causas de doenças são bem-marcados, entretanto, não se restringe apenas ao caráter biológico desses agentes, mas também a fatores físicos, sociais, econômicos e políticos relacionados à saúde. A multicausalidade proposta por esta abordagem, reflete nos métodos diagnósticos e terapêuticos, como exemplo, se tem a vacinação, dirigida aos indivíduos, mas sua eficácia dependerá da distribuição e democratização do acesso à saúde como um direito. Dessa maneira, aqui, há a necessidade da participação crítica do cidadão em relação às práticas de sua saúde e da saúde de sua

comunidade, se valendo da dimensão coletiva de saúde e da doença, das quais variam de acordo com fatores socioeconômicos e culturais. Demonstra, dessa maneira, avanços qualitativos na compreensão de saúde e, por consequência, agrega para as tratativas do tema das drogas no ensino de ciências e biologia, através da redução de danos.

Em síntese, observamos ao longo do capítulo três principais concepções sobre as tratativas do assunto das drogas no ensino básico: concepção biomédica, tradicional (guerra às drogas) e a redução de danos, esta última possuindo divergências importantes. Por sua vez, essas concepções esbarram em abordagens mais amplas do entendimento de saúde. A perspectiva biomédica, tanto na concepção do ensino de drogas, quanto dos entendimentos sobre a saúde, se trata de uma visão reducionista dos temas. Com relação à drogadição, se encontra a associação de causa e efeito, dependência/dependente, ou seja, admite-se que todo uso de drogas pode ser progressivo, levando à dependência química ou psicológica. Com relação a saúde, há a unicausalidade saúde/doença, no qual, o estado da saúde se caracteriza pela ausência de doença. Esta abordagem, quando se trata de ensino, é hegemônica, abordando conteúdos, em geral, voltados a fatores da anatomia e fisiologia do corpo humano, revestido pela carapuça da neutralidade do conhecimento científico (positivista).

Na sequência do capítulo, foi descrita a concepção tradicional de ensino sobre drogas, representada principalmente no Brasil pelo Proerd, com a figura do policial como educador. Esta concepção se vale da "pedagogia do terror", do amedrontamento com relação ao tema, na esperança que o medo faça dos jovens abstinente completos - o que de fato não acontece. Os autores consultados não estabelecem relação direta entre o pânico moral desta concepção e as bases argumentativas da perspectiva biomédica. Entretanto, ao observarmos o percurso histórico do proibicionismo mundial e nacional, e como a prerrogativa da saúde como ausência de doença (e no caso das drogas, seu uso - principalmente de substâncias ilícitas - é um comportamento de risco, um potencial para tornar o indivíduo doente), legitimou o proibicionismo das drogas. Como apresentado no capítulo 1, a argumentação proibicionista baseada na defesa da saúde é arbitrária, e como visto no tópico 1.2 (em diante), historicamente os médicos envolvidos por princípios higienistas e eugenistas assumiram o discurso de criminalização de certas substâncias. Os objetivos da concepção biomédica e tradicional com relação ao uso

de drogas são os mesmos: prevenção do primeiro contato e abstinência total. Dessa maneira, sugere-se que a argumentação moralista de "guerra às drogas", se vale, em maior ou menor grau, da argumentação biomédica, onde o contrário também nos parece plausível.

Por último, temos a concepção da redução de danos. Ao longo das leituras observamos que é frequente considerar a redução de danos como algo homogêneo, não apresentando a discussão de suas diferentes visões e práticas sobre a drogadição. O fator em comum que junta as diferentes práticas de RD, seria a admissão que o uso de drogas é uma realidade e ele irá ocorrer, logo, a exigência da abstinência total é um pressuposto idealizado. Como vimos, há concepções de redução de danos que reduzem o uso de drogas ao fator da dependência, há também aquela que advoga pela obtenção de comportamentos para uma vida saudável, ambas focadas no indivíduo, reduzindo o tema a uma questão biológica, se aproximando da abordagem biomédica de saúde.

Para este trabalho, admite-se o entendimento de redução de danos como uma questão ampla, não restringindo o uso de drogas a uma relação unicausal. É necessário, nesta concepção tratar o tema de maneira totalizante, observando os múltiplos aspectos da drogadição, aspectos culturais, sociais, econômicos, ambientais, biológicos, etc. Como dito, esta concepção de redução de danos, se alinha à abordagem socioecológica de saúde. Este entendimento amplo dos aspectos da drogadição e saúde, não visando o corpo abstinente, se alinham a visão de educação defendida neste trabalho, uma visão crítica e emancipatória. Expandir as interpretações sobre a temática das drogas para além de seu caráter biologizante, se faz necessário para os objetivos aqui presentes. Nesta perspectiva, é proposto no tópico em sequência, a abordagem do proibicionismo como "situação-limite" da temática das drogas no ensino, se utilizando das ideias de Paulo Freire para tal.

2.1 - Proibicionismo como "situação-limite"

Como visto, nas escolas, o controle do discurso sobre as drogas delimita sua distribuição em disciplinas específicas, permanecendo como verdade no imaginário coletivo, a função do professor de ciências biológicas como o responsável pelas explicações que legitimem a abstinência como objetivo. O discurso repressivo sobre

as substâncias psicoativas, presentes no ensino de ciências e biologia, afirma como verdade a "ação inexorável das substâncias no sistema nervoso central", deixando de lado os aspectos históricos de uso, os rituais construídos, social e historicamente (ACSELRAD, 2005, p. 186). Segundo a autora, de maneira velada ou explícita, as ações educativas reduzem a experiência com as drogas a uma questão biológica, química, que aconteceria em um organismo homogêneo a todos. Dentre as substâncias, as ilegais são consideradas as mais perigosas, 'drogas pesadas', ainda que os levantamentos mostrem que os estudantes fazem maior uso de substâncias lícitas.

É comum observar entre os educadores, embora haja um reconhecimento do ambiente formal de ensino como um local privilegiado para ações educativas sobre drogas, há um despreparo teórico e afetivo por parte destes se expressando na omissão e/ou negação em abordar o assunto. Esta resistência, estaria associada a vinculação entre uma formação apropriada, e ideias preconcebidas acerca da relação entre drogas, violência e criminalidade (ADADE; MOREIRA, 2014). Trazendo mais um elemento explicativo, Acselrad (2005, p. 186), aponta que a sensação de nunca estarem suficientemente preparados, é resultado da repetição de fórmulas, tornando-se porta-vozes de um discurso único sobre as drogas. "Temem alçar vôo próprio, temem a experiência de autonomia", este medo da própria formulação, gera a aderência a discursos já prontos.

A autora ressalta que, as 'verdades' presente nestes discursos hegemônicos, têm valor transitório e contraditórios, já que, o uso de drogas - e suas medidas proibitivas - mudam com o tempo. E apesar de tantos argumentos contrários, o discurso da abstinência prevalece, criminalizando o uso de algumas substâncias, não favorecendo a reflexão e ação responsáveis, dessa maneira, as 'verdades' que sustentam o discurso preventivo repressivo "tornam-se uma pedra no meio do caminho da educação".

Como alternativa, apresenta-se a já anunciada educação sobre drogas, na perspectiva da redução de danos decorrentes do uso indevido. Entretanto, diferente dos princípios de Marlatt (1999 *apud* MOREIRA et al., 2006), baseados no "pragmatismo empático", reconhecendo a abstinência como fim último. Aqui, estamos defendendo uma perspectiva de redução de danos que possui os "objetivos pedagógicos: educar para a autonomia, tornar o sujeito capaz de reflexão e ação protetora de si e de sua comunidade" (ACSELRAD, 2005, p. 188). Com uma

perspectiva ampla de saúde. Não pregando a permissibilidade, libertinagem, porém reconhecendo as limitações dos discursos biomédico, moralistas e legais, com relação a abstinência.

Como observamos, há diferentes abordagens da temática das drogas no ensino escolar, esta variação, por razões óbvias, acarretará em diferentes conteúdos levados às salas de aula, no qual, o modelo hegemônico está relacionado a biomedicina, modelo este que vê a saúde de forma fragmentada e o uso de drogas como dependência/dependente. Nesse sentido, contribui para discussão o debate proposto por Apple (2008, p. 47 e 48), no primeiro capítulo de seu livro *Ideologia e Currículo* propõe três questões para análise das "interconexões entre ideologia e currículo", elas são:

- (1) como as normas diárias da escola contribuem para que os alunos aprendam essas ideologias;
- (2) como as formas específicas do conhecimento curricular tanto no passado como no presente refletem essas configurações,
- e (3) como essas ideologias se reflete nas principais perspectivas que os próprios educadores empregam para ordenar, orientar e dar significados à sua própria atividade (APPLE, 2008, p. 48).

Como explica o autor, a primeira refere-se às normas e valores, que são ensinados pelo simples fato de os alunos viverem a rotina escolar todos, por vários anos, e lidarem com suas expectativas, o que chama de currículo oculto. A segunda, está relacionada a problematização do próprio conhecimento, e nessa análise é necessário reparar as "coisas" do currículo, de onde vem, de quem é, e quais grupos o conhecimento presente no currículo apoia. A última questão busca tornar os educadores mais conscientes dos compromissos ideológicos e epistemológicos que aceitam sem questionamento, promovidos pelo uso de certas tradições e modelos.

Todas as questões são relevantes para análise da vida escolar, e certamente trazem importantes reflexões. Entretanto, para o presente trabalho, a segunda questão ganha protagonismo. Ao observar as tratativas sobre o ensino de drogas, cabe questionar de onde, de quem e a quais grupos servem os conhecimentos selecionados para as aulas.

O esforço de síntese do capítulo 1 busca justamente demonstrar a complexidade da temática da drogadição, caracterizando o modelo biomédico, as arbitrariedades da lei sobre drogas e suas consequências, bem como o contexto

histórico no qual estes tópicos anteriores foram calcados. No capítulo terceiro, foi apresentado como esse "plano de fundo" sobre o proibicionismo e drogadição, se relaciona com as diferentes abordagens educativas sobre o tema, no qual, também relacionadas aos diferentes entendimentos sobre saúde.

As críticas à perspectiva biomédica de ensino sobre drogas nas escolas, começam a ficar mais claras. Devido ao seu caráter a-histórico e acrítico, não reconhece o proibicionismo como a "situação-limite" da drogadição, se utilizando de conteúdos biologizantes, trabalhando com uma noção de saúde fragmentada. A tratativa do proibicionismo das drogas como "situação-limite", ao meu entender, é fundamental para real efetivação de uma perspectiva pedagógica sobre o tema que vise a redução de danos com enfoque na autonomia dos educandos, dessa maneira, buscando a problematização do proibicionismo, com perspectiva em sua superação.

Visando uma prática educativa libertadora, objetivando como meta a humanização dos homens e mulheres, devemos nos preocuparmos com a seleção dos conteúdos trabalhados em sala de aula e por consequência de onde surge sua escolha. Para esta questão (e outras), Paulo Freire traz contribuições fundamentais. Para o autor a escolha dos temas, que irá chamar de "temas geradores", parte sempre da realidade experienciada dos sujeitos da comunidade em questão.

Será a partir da situação presente, existencial, concreta, refletindo o conjunto de aspirações do povo, que poderemos organizar o conteúdo programático da educação ou da ação política (FREIRE, 2020, p. 120).

Para Freire, os temas geradores devem estar envolvidos/envolvendo as "situações-limites", estas que numa visão acrítica representam determinantes históricas, implacáveis, esmagadoras, que não resta aos homens, outra alternativa senão adaptar-se à realidade que os oprime. Dessa maneira, os homens não chegam a superar as "situações-limites", não vislumbrando para além delas, não vislumbram o "inérito viável". As "situações limites", são situações de opressão codificadas, veladas da consciência dos oprimidos, que levam à desumanização.

Para alcançar a meta da humanização, que não se consegue sem o desaparecimento da opressão desumanizante, é imprescindível a superação das 'situações-limites' em que os homens se acham quase coisificados (FREIRE, 2020, p. 131).

Para Freire (2020, p. 130), no momento em que os sujeitos percebem as "situações-limite" não mais como uma "fronteira entre o ser e o nada, mas como uma fronteira entre o ser e o mais ser" (ser mais), ou seja, como uma situação a ser superada para construção de algo novo fora da situação de desumanização, dessa forma, se fazendo cada vez mais críticos em suas práticas, ligadas a esta percepção, que está implícita o "inédito viável".

O autor, na busca da caracterização da amplitude que os temas geradores podem abarcar, podendo ser categorizados em círculos concêntricos, abarcando temas mais gerais aos mais particulares. Também nos conta que os temas estão localizados em unidades epocais mais amplas, que ao ser estratificada, possui unidades e subunidades, continentais, nacionais, regionais, etc. Estas noções de subdivisão para investigações de temáticas significativas são importantes e necessárias, pois, a percepção das "situações-limites" de caráter nacional situadas em determinada unidade epocal, em círculos menos amplos, podem deixar de ser compreendidos em sua verdadeira significância, ou simplesmente não são percebidos. Haja vista, o fato de sujeitos de determinada localidade não captarem um tema gerador, ou o interpretarem de maneira distorcida, por si só representa uma "situação-limite" "de opressão em que os homens se encontram mais imersos que emersos" (FREIRE, 2020, p. 132).

Desta forma, se impõe à ação libertadora, que é histórica, sobre um contexto, também histórico, a exigência de que esteja em relação de correspondência, não só com os temas geradores, mas com a percepção que deles estejam tendo os homens (FREIRE, 2020, p. 131).

Paulo Freire pontua que, assim como, há estratificações das "situações-limites" em diferentes unidades e subunidades epocais, a depender da área trabalhada. Há também, diferentes níveis de consciência com relação às "situações-limites" objetivamente vividas pelas comunidades. As contradições sociais que constituem essas situações apontam aos investigadores da temática significativa uma série de temas e tarefas. Entretanto, se os indivíduos das áreas se encontram aderidos às "situações-limites", o tema relacionado a elas será o fatalismo, logo, as tarefas associadas à superação das contradições quase não existiram. Dessa forma, as

investigações dos temas geradores não se findam no reconhecimento por parte dos investigadores das "situações-limites" objetivas que afligem os indivíduos, se fazendo necessário o reconhecimento da consciência que estes possuem sobre a situação.

Como foi observado, as situações de opressão historicamente e na atualidade, são mantidas e reforçadas pelas medidas proibitivas das drogas. As arbitrariedades da lei e os equívocos da perspectiva biomédica sobre a drogadição garantem o encarceramento em massa das populações negras, bem como seu extermínio, logo, o proibicionismo age como uma política de controle social, principalmente das populações historicamente marginalizadas. Percebam que a saúde, neste caso, se perde na retórica.

Diferente da perspectiva de educação sobre drogas tradicional, "guerra às drogas", que se diz abertamente proibicionista, muitas vezes sendo representada pela figura policial no papel de professor. A abordagem biomédica, se faz menos clara em suas intencionalidades. Sua seleção de conteúdos de caráter biologizante, passa a sensação de uma suposta neutralidade, dessa maneira, ao não abordar as contradições sociais, as situações de opressão envolta pelo proibicionismo, deixa velada as "situações-limites" sobre o tema, no qual a maior problemática das drogas, tanto lícitas quanto ilícitas, seria o caso clínico dependente.

Se valendo das ideias de Apple (2008, p. 69), não é devido ao fato de questionar a seleção de conteúdos relacionados à perspectiva biomédica, que pretendo classificar toda a "coisa" desta tratativa como problemática. Ao considerar toda a perspectiva médica como ideológica, podemos cair num relativismo vulgar da medicina, descredibilizando todos os conhecimentos produzidos por essa vertente. Os entendimentos, químicos, bioquímicos, anatômicos, fisiológicos relacionados às drogas, são bem vindos, desde que utilizados para superação das "situações-limites" ocasionadas pelo proibicionismo, desta maneira, propiciando o vislumbre do "inédito viável", objetivando contribuir para a humanização.

Em síntese, devido às arbitrariedades das legislações proibicionistas, suas consequências punitivas aos grupos historicamente marginalizados, seu passado moralista e racista como política de controle social, e os interesses econômicos que mantém tais legislações vivas, entende-se neste trabalho, que a perspectiva biomédica e a tradicional da educação sobre drogas, são insuficientes para abarcar toda complexidade do tema, não contribuindo para humanização dos sujeitos. Logo, defendemos uma educação sobre drogas na perspectiva de redução de danos,

reconhecendo o proibicionismo como "situação-limite", somente assim será possível a real busca da autonomia dos sujeitos com relação ao tema, proporcionando aos mesmos enxergar o "inédito viável".

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de pesquisa e escrita deste trabalho me trouxeram mais dúvidas que respostas. Mas, afinal, não é isso que se espera do processo de construção do conhecimento?

As respostas mínimas que encontramos, foram compartilhadas nas linhas acima. Entretanto, há uma observação que durante o processo de construção desse trabalho ficou bastante clara, e gostaria de reforça-la: a biologia, por si só, não responde, de maneira satisfatória, toda a dimensão da complexidade encontrada no uso e no ensino sobre drogas. Em outras palavras, reduzir o discurso competente sobre a questão das drogas aos médicos (concepção biomédica), e no ensino aos professores de biologia e ciências, se mostra, no mínimo, um equívoco, quando não ideológico.

Ao discutirmos como o modelo biomédico encara a drogadição, com suas classificações de drogas entre perturbadoras, depressoras e estimulantes, bem como a busca por categorizar o caso dependente, com suas categorias de frequência, sinais e sintomas sobre o uso. Essa concepção, que teoricamente seria responsável por colocar as substâncias mais perigosas a saúde no patamar da ilegalidade, quando confrontada com alguns dados sobre uso, dependência e obtido entre substâncias lícitas e ilícitas pela população brasileira, percebe-se as arbitrariedades desta concepção sobre a drogadição, já que, as drogas lícitas são responsáveis pelo maior número de uso, casos dependentes e óbitos, em decorrência direta ou indireta sobre seu uso. Fica a questão, quais as razões para o proibicionismo de algumas substâncias, se não a motivação da saúde?

Em sequência, quando observamos as consequências do proibicionismo para a população brasileira, logo fica claro o recorte daqueles que sofrem as consequências. Principalmente a população racializada como negra. As arbitrariedades e desproporcionalidades presentes na legislação brasileira sobre drogas, é algo que agrava ainda mais a questão. Com a legislação mais recente sobre o tema (PL 13.840/19), que regride eticamente a sua antecessora, as possibilidades de tratamento de dependentes químicos são limitadas as clínicas terapêuticas, demonstrando um claro movimento político para favorecer os setores conservadores brasileiros, mais especificamente os pastores – que se parecem mais com lobos.

Ao buscarmos uma discussão histórica das bases do proibicionismo, fica claro como o dia, as motivações das políticas proibicionistas. A ascensão do capitalismo imperialista, o comércio das grandes *commodities* das substâncias psicoativas, coincidi com a caracterização das drogas como um problema social, chancelado e reforçado pelo discurso médico. Nesse caldo grosso do proibicionismo, racismo e moralismo são ingredientes indispensáveis para manter as bocas do controle social bem alimentadas.

A concepção de educação tradicional (guerra às drogas) do ensino sobre drogas, come desse caldo aos montes. Tal concepção, como visto, objetiva o amedrontamento sobre o uso de drogas aos que direcionam sua mensagem, reforçando o ideário da “guerra às drogas”, algo reconhecidamente falho. A concepção biomédica de ensino, por sua vez, com suas tratativas biologizantes da temática e sua visão fragmentada de saúde, não se lambuzava desse caldo, mas serve os pratos para o banquete.

Pensando nas concepções, chegamos à Redução de Danos. Esta tratada muitas vezes como algo homogêneo, entretanto, como discutido, possui distinções importantes, com o fator comum de não visarem a abstinência total do uso de drogas (pelo menos em primeiro momento). O modelo de RD que mais nos alinhamos neste trabalho, entende o uso de drogas como um evento complexo, não necessariamente prejudicial à saúde, bem como se aproximando de uma concepção de saúde mais abrangente, que considera fatores biológicos, sociais e ecológicos. Para complementar essa concepção, se buscou nas ideias de Paulo Freire, o entendimento do proibicionismo, não as drogas ou seu uso, como uma “situação-limite”, ou seja, uma situação de contradição social que impede a humanização dos educandos, impede sua liberdade, sua autonomia. Para que a RD seja realmente libertadora, entendemos, nesse trabalho, que deva ser problematizada a questão do proibicionismo.

Para sanar eventuais equívocos. Não buscamos fazer apologia ao uso de drogas lícitas ou ilícitas. A liberdade é algo bastante distinto da libertinagem. Ao identificarmos o proibicionismo como “situação-limite”, objetiva-se trabalhar a temática na raiz, do que entendemos ser, a sua real contradição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

III LNUD. **III Levantamento Nacional Sobre Uso de Drogas pela População Brasileira**. S.I: Fiocruz, 2017. 528 p.

ABRAMOVAY, Pedro. **Branco é Usuário, Negro é Traficante**. 2017. Disponível em: <https://piseagrama.org/branco-e-usuario-negro-e-trafficante/>. Acesso em: 03 fev. 2022.

ACSELRAD, Gilberta . A educação para a autonomia: construindo um discurso democrático sobre as drogas. In: *Avessos do prazer: drogas, Aids e direitos humanos*. Rio de Janeiro: **Editora FIOCRUZ**, 2005, pp. 183-212.

ADADE, Mariana; MONTEIRO, Simone. Educação sobre drogas: uma proposta orientada pela redução de danos. **Educ. Pesqui.**, [s. /], v. 40, n. 1, p. 215-230, mar. 2014.

ADIALA, Julio Cesar. **Drogas, Medicina e Civilização na Primeira República**. 2011. 207 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011. p. 72; 75.

APPLE, Michael W. **Ideologia e Currículo**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 47 - 48; 69.

BRAGA, Ruy. Introdução. In: GRAMSCI, Antonio. **Americanismo e Fordismo**. São Paulo: Hedra, 2011. p. 9-26.

BRASIL, Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular: educação é a base**. Brasília: Brasil, 2018.

BRASIL, Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: introdução aos parâmetros curriculares nacionais**. Brasília: Brasil, 1997. p. 65.

BRASIL, Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais Terceiro e Quarto Ciclos do Ensino Fundamental**: ciências naturais. Brasília: Brasil, 1998.

BÜCHELE, Fátima *et al.* A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 4, n. 1, p. 267-273. 2009. p. 271.

CALVETE, Cássio da Silva; SOUZA, Taciana Santos de. História e formação do mercado das drogas. **Revista de Economia**, S.L, v. 41, n. 76, p. 401-429. 2020. p. 406

CAMÍ, J. Las Sustancias. Farmacología. GRUPO IGIA y Colaboradores. **Contexto, sujeito y drogas: Un manual sobre drogo de pendencias**. Barcelona: Ajuntament de Barcelona y FAD, 2000.

CARLINI, Elisaldo Araújo *et al.* Drogas Psicotrópicas - o que são e como agem. **Imesc**, S.I, v. 1, n. 3, p. 9-35, out. 2001.

CARNEIRO, Henrique. As necessidades humanas As necessidades humanas e o proibicionismo das e o proibicionismo das drogas no século XX drogas no século XX. S.I, p. 115 - 128, out. 2002. p. 115; 121.

CARNEIRO, Henrique. **Drogas: a história do proibicionismo**. São Paulo: Autonomia Literária, 2018. 541 p.

CEBRID. **Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas**. s.d. Disponível em: <https://www.cebrid.com.br/>. Acesso em: 20 maio 2021.

CFP, Conselho Federal de Psicologia. **Nova lei sobre drogas amplia internação involuntária e deverá prejudicar pessoas em situação de vulnerabilidade social**. 2019. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/nova-lei-sobre-drogas-amplia-internacao-involuntaria-e-devera-prejudicar-pessoas-em-situacao-de-vulnerabilidade-social/>. Acesso em: 24 jun. 2021

CUNHA, Gilmara Holanda da. et al. Nicotina e tabagismo. **REPM**, Fortaleza, v. 1, n. 4, p. 1- 10, 2007.

FIGUEIREDO, Regina. **Drogas & sociedade contemporânea: perspectivas para além do proibicionismo**: perspectivas para além do proibicionismo. São Paulo: Instituto Saúde, 2017. 356 p. p. 334 - 336.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 75. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz & Terra, 2020. 253 p.

GRAMSCI, Antonio. **Americanismo e Fordismo**. São Paulo: Hedra, 2011. 88 p.

HUXLEY, Aldous. **As portas da percepção**. (1954) S.I: Editora Globo, 2015. 55 p.

KARAM, Maria Lucia. A Lei 11.343/06 e os repetidos danos do proibicionismo. In: LABATE, Beatriz Caiuby *et al* (org.). **Drogas e cultura: novas perspectivas**. S.I: Edufba, 2008. p. 105-123.

KARAM, Maria Lúcia. **Proibição às Drogas e Violação a Direitos Fundamentais**. S.I, 2013.

KRAPP, Juliana. Pesquisa revela dados sobre o consumo de drogas no Brasil. **Icict/Fiocruz**. S.I, p. 01-03. ago. 2019. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-revela-dados-sobre-o-consumo-de-drogas-no-brasil>. Acesso em: 04 jan. 2022

INCA. **Tabagismo**. 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tabagismo#:~:text=No%20Brasil%2C%20443%20pessoas%20morrem,mortes%20anuais%20poderiam%20ser%20evitadas>. Acesso em: 10 jan. 2022.

LESSMANN, Cleiton. **A Educação Sobre Drogas "em Cima da Mesa"**: estudo do conhecimento na área de ensino. 2020. 167 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-Graduação em Educação Científica e Tecnológica, Ufsc, Florianópolis, 2020.

LEVY, Clarissa; FERRAZ, Thaís. **‘Nem na Cadeia tem Isso’**: clínica antidrogas tinha solitária, trabalho forçado e ameaças. tudo pago pelo. Clínica antidrogas tinha solitária, trabalho forçado e ameaças. Tudo pago pelo. 2019. Disponível em: <https://theintercept.com/2019/03/10/tratamento-drogas-governo/>. Acesso em: 25 jun. 2021.

LIMA, Eloisa Helena de. **Educação em Saúde e Uso de Drogas: um Estudo Acerca da Representação da Droga para Jovens em Cumprimento de Medidas Educativas**. 246 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências na Área de Concentração Saúde Coletiva, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

LIMA, Rita de Cássia Cavalcante. **Uma História das Drogas e do seu Proibicionismo Transnacional**: relações Brasil-Estados Unidos e os organismos internacionais. 2009. 366 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-Graduação em Serviço Social, UFRJ, Rio de Janeiro, 2009.

LISBOA, Fernanda Nascimento. **O uso de drogas ilícitas habitualmente ou em serviço**. 2011, 14-19 p. Monografia (Conclusão do Curso de Direito) – Universidade do Vale do Itajaí, São José.

MACHADO, Ísis Eloah *et al.* Pesquisa Nacional de Saúde 2013: relação entre uso de álcool e características sociodemográficas segundo o sexo no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.l.], v. 20, n. 3, p. 408-422, jul. 2017.

MACRAE, Edward. **CANABIS, RACISMO, RESISTÊNCIA CULTURAL E ESPIRITUALIDADE**. In: MACRAE, Edward; ALVES, Wagner Coutinho (org.). **FUMO DE ANGOLA**: cannabis, racismo, resistência cultural e espiritualidade. Salvador: Edufba, 2016. p. 23-58.

MARIANO, Thaís Oliveira; CHASIN, Alice A. M.. Drogas Psicotrópicas e seus Efeitos sobre o Sistema Nervoso Central. **Oswaldo Cruz**, S.l, p. 1-14. 2018.

MARTINS, Liziane. **Abordagens da Saúde em Livros Didáticos de Biologia: análise crítica e proposta de mudança**. 2017. 165 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-Graduação em Ensino, Filosofia e História das Ciências, Ufba - Uefs, Salvador, 2017.

MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política**. 30. ed. S.I: Civilização Brasileira, 2012. 571 p. p. 57.

MEIRELLES, Ricardo H. S. **Tabagismo e DPOC – dependência e doença – fato consumado**. Rio de Janeiro, p. 13-19, 2009.

MOHR, Adriana. **A natureza da educação em saúde no ensino fundamental e os professores de ciências**. 2002. 410 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-Graduação em Educação, Ufsc, Florianópolis, 2002. p. 42.

MOHR, Adriana; SCHALL, Virgínia T.. Rumos da Educação em Saúde no Brasil e sua Relação com a Educação Ambiental. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 8, p. 199-203, jun. 1992.

MOREIRA, Fernanda Gonçalves *et al.* Situações relacionadas ao uso indevido de drogas nas escolas públicas da cidade de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, S.L, v. 7, n. 40, p. 810-817. 2006.

NUTT, David *et al.* Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. **The Lancet**, [S.I.], v. 369, n. 9566, p. 1047-1053, mar. 2007.

OLIVEIRA, Marcos Flávio Mércio de. **O PROIBICIONISMO SOB O NEOLIBERALISMO: guerra às drogas e hegemonia burguesa no Brasil**. 2020. 168 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-Graduação em Educação, Ufg, Goiânia, 2020.

OLMO, Rosa del. **A face oculta das drogas**. S.I: Revan, 1990. p. 21.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Genebra, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. 1ªed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PBPD, Plataforma Brasileira de Política de Drogas. **NOTA PÚBLICA SOBRE PLC 37/2013**. 2019. Disponível em: <https://pbpd.org.br/publicacao/nota-publica-sobre-plc-372013/>. Acesso em: 19 jul. 2021.

PILLON, Sandra Cristina; LUIS, Margarita Antonia Villar. MODELOS EXPLICATIVOS PARA O USO DE ÁLCOOL E DROGAS E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM. **Rev Latino-Am Enfermagem**, S.l, v. 4, n. 12, p. 676-682, jul. 2004. p. 678.

ROCHA, Andréa Pires *et al.* Autoritarismo e guerra às drogas: violência do racismo estrutural e religioso. **Revista Katál**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 157-167, jan. 2021. p. 162 - 163.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos; GUIMARÃES, Thaís de Andrade Alves. O racismo na/da política proibicionista brasileira: redução de danos como antídoto antirracista. **Revista em Pauta**, S.l, v. 18, n. 45, p. 27-43, jun. 2021.

SAAD, Luísa. **“FUMO DE NEGRO”**: a criminalização da maconha no pós-abolição. Salvador: Edufba, 2019. 165 p.

SANTOS, Vilmar Ezequiel dos *et al.* Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, [s. l], v. 20, n. 3, p. 995-1015. 2010. p. 1006.

SILVA, Ana Paula Rossetto. **A IMPORTÂNCIA DO CONTEXTO INTERNACIONAL NO TRATAMENTO DAS DROGAS ILÍCITAS NO BRASIL: HISTÓRIA, INSTITUIÇÕES E INSTRUMENTOS LEGAIS**. 2014. 165 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-Graduação em Relações Internacionais, Unb, Brasília, 2014.

SILVA, Cristiane Maria da Costa *et al.* Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, S.L, v. 5, n. 15, p. 2539-2550. 2010. p. 2544.

SILVA, Maria de Lourdes da. **Drogas - da medicina a repressão policial**:: a cidade do rio de janeiro entre 1921 e 1945. 2009. 81 f. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-Graduação em História, Uerj, Rio de Janeiro, 2009.

SISNAD. Congresso. Câmara dos Deputados. Constituição (2006). Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. S.I. art. 1º - 2º.

SODELLI, Marcelo. Redução de Danos e Educação. **Bis**, S.L, v. 21, n. 2, p. 175-182, dez. 2020.

TORCATO, Carlos Eduardo Martins. **A história das drogas e sua proibição no Brasil: da Colônia à República**. 371 f. Tese (Doutorado) - Curso de História Social, USP, São Paulo, 2016.

WHO. **Tobacco**. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>. Acesso em: 20 dez. 2021.