



**Centro Universitário de Brasília - UniCEUB**  
**Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais**

**ANA CÉLIA CAMPOS SALES**

**O USO DO CRACK E SUAS CONSEQUÊNCIAS SOCIAIS E  
ECONÔMICAS RELATIVO AOS ADOLESCENTES BRASILEIROS**

Brasília  
2013

ANA CÉLIA CAMPOS SALES

**O USO DO CRACK E SUAS CONSEQUÊNCIAS SOCIAIS E  
ECONÔMICAS RELATIVO AOS ADOLESCENTES BRASILEIROS**

Monografia apresentada como requisito parcial para conclusão do curso de Bacharelado em Direito do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.

Orientadora: Dra. Larissa Maria Melo Souza.

**Brasília  
2013**

ANA CÉLIA CAMPOS SALES

**O USO DO CRACK E SUAS CONSEQUÊNCIAS SOCIAIS E  
ECONÔMICAS RELATIVO AOS ADOLESCENTES BRASILEIROS**

Monografia apresentada como requisito parcial para conclusão do curso de Bacharelado em Direito do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB.

Orientadora: Dra. Larissa Maria Melo Souza

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

**Banca Examinadora**

---

Orientadora

---

Examinador (a)

---

Examinador (a)

*Aos meus pais Mozart Perilo de Sales (in memoriam) e Onerinda Campos Perilo, obrigada por me amar tanto. Aos meus filhos Felipe Perilo, Rafael Perilo, Fernando Perilo e Émerson Jardim, sem o amor de vocês, eu não teria conseguido. Ao meu marido Eugênio Jardim, obrigada amor, por tudo e mais um pouco, você é especial.*

## AGRADECIMENTO

*Agradeço primeiramente a Deus por todo Amor. A Ti Senhor Jesus, toda Honra e toda Glória.*

*Aos meus professores, colegas e amigos, nunca teria conseguido sem o amor de vocês. Obrigada!*

*À minha orientadora Dra. Larissa Maria Melo Souza, pela paciência, carinho e total dedicação, o meu mais profundo e sincero obrigada. Suas orientações foram preciosas.*

*Agradeço em especial aos amigos Evely Catarine, Isabel Fernandes e Robson Ramos, vocês fizeram toda a diferença.*

*“É impossível progredir sem mudança, e aqueles que não mudam suas mentes não podem mudar nada.”*

*George B. Shaw.*

## RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo analisar o consumo desenfreado das drogas, em especial o uso do *crack*, suas consequências e quais as políticas públicas que estão sendo adotadas ao longo dos anos. Como está sendo feito o trabalho desenvolvido com os adolescentes e jovens, no intuito de ajudá-los com o vício, uma vez que muitos estão nas ruas. O papel que a família, amigos, escola, comunidade e autoridades representam na vida dos jovens para ajuda-los sem estigmatiza-los. Neste sentido, abordo o uso da droga e sua iniciação, o porque desse uso desenfreado, a compulsão pela droga, o desenvolvimento para a dependência, o abuso e quais os tratamentos apresentados pelo Estado em busca de atender os usuários, bem como a luta para vencer o vício. Qual a justificativa apresentada pelos estudiosos do caso pela disseminação do *crack*, visto que este traz uma sensação muito prazerosa. Assim, o enfoque maior será o *crack*, por este estar ligado direta ou indiretamente à criminalidade e os inúmeros problemas sociais, econômicos e familiares e de saúde pelo uso e consumo da droga. O que mudou a partir de 1990 com o Estatuto da Criança do Adolescente, e como a Doutrina da Proteção Integral tem influenciado para melhorar a vida dessas pessoas.

Palavras-chave: Droga. *Crack*. Consequências. Tratamento. Proteção Integral.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	08
Capítulo I	
1. O CONSUMO DE CRACK PELOS ADOLESCENTES BRASILEIROS .....	11
1.1. Drogas e Conflitos .....	12
1.2. A Iniciação do Crack no Brasil e os Usuários Adolescentes .....	18
1.3. O Crack e a Política Brasileira .....	24
Capítulo II	
2. O COMÉRCIO DO CRACK E A VIOLÊNCIA URBANA .....	28
2.1. A Política Brasileira e o Uso do Crack .....	29
2.2. A Lei Brasileira e os Compromissos Internacionais sobre as Drogas .....	31
2.3. A Internação Compulsória .....	36
Capítulo III	
3. COMO O BRASIL REAGE AO USO DO CRACK .....	40
3.1. A Avaliação do Dependente .....	41
3.2. Tratamento Não-Ambulatorial .....	46
3.3. Tratamento Ambulatorial .....	47
Capítulo IV	
4. OS PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS.....	57
CONCLUSÃO.....	61
BIBLIOGRAFIA.....	64



## INTRODUÇÃO

O panorama desta primeira década do século XXI, no que se refere às problemáticas do uso e consumo de drogas, em especial o *crack*, tem demonstrado que cada vez mais há necessidade de um pensar e de um agir da parte de toda a sociedade. A urgência de rever velhos conceitos se agrava diante da insuficiência de verbas públicas para financiar um tratamento adequado para o dependente e, a carência de recursos e de interesse, força a sociedade a conviver diariamente com os inúmeros problemas desse consumo desenfreado.

Não só no Brasil, mas em todo o mundo, o uso indevido de entorpecentes e psicotrópicos vem apresentando um crescimento alarmante, atingindo todas as camadas sociais, o que se constitui um fator de grande preocupação, tendo em vista que a maior parte dos consumidores são os jovens. Em vista disso, o dependente passa a efetuar constantes despesas, o que muitas vezes pode levá-lo a dificuldades financeiras e a cometer crimes com o intuito de manter sua dependência. Muitos passam a furtar, roubar, assaltar ou prostituir-se, para obter dinheiro que possibilite adquirir a droga de que depende (WORLD DRUG REPORT, 2012).

Atualmente, as autoridades públicas veem o uso desenfreado do *crack* como de saúde pública, onde as conseqüências pelo seu uso afeta todos e não apenas o dependente químico. A sociedade, sem saber como lidar com tais problemas, cobra das autoridades competentes uma explicação por tamanha disseminação. Os tratamentos apresentados estão sendo suficientes e eficientes? Indagar, questionar e criticar o uso do *crack* tem sido uma constante. O que fazer e como fazer para solucionar esses e outros problemas é um grande desafio, pois diz respeito a todos, indistintamente, ricos, pobres, cultos e analfabetos, e, talvez a solução fosse mobilizar a consciência e a vontade política da Nação (LABROUSSE, 2010).

Muitos usuários de *crack* o usam pela primeira vez por curiosidade e também por falta de opção, uma vez que na falta de cocaína ou não podendo obter meios para compra-la, o usuário resolve que usar o *crack* não fará diferença. As doenças

neurológicas oriundas do uso dessa droga são violentas e trazem o desequilíbrio do jovem e de suas famílias (TIBA, 2007).

O buraco negro da dependência suga o jovem de maneira a deixá-lo fora da sociedade, isolado e com depressão. A prevenção de drogas é essencial para vencermos essa luta constante, mas é preciso que esse trabalho seja feito afastando preconceitos e velhos estigmas que somente servem para que o jovem se distancie cada vez mais. A construção da solidariedade no dia-a-dia no intuito de chegar ao jovem a informação de que as drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, destroem mesmo, é a melhor forma de poder afastar o jovem das drogas (FREIRE, 1991).

É praticamente impossível querer banir do mundo as drogas, mas podemos reinventar a maneira de lidar com elas e coletivamente construir um mundo onde as diferenças de nossas condutas possam ser transformadas para melhor lidar com o uso das drogas. Nossos desejos não são protegidos nem mesmo de nós mesmos, é vital para as autoridades, instituições, família, escola e sociedade em geral, que buscam soluções de como lidar com as drogas, em especial o crack, que abordem esse desafio social, desintoxicando suas mentes para melhor compreender o problema (COSTA, 1998).

Infelizmente, os problemas do consumo de drogas fazem parte do nosso cotidiano e é uma realidade social, o uso cada vez maior e desenfreado de jovens, adolescentes e adultos que buscam o prazer oriundos dessas substâncias, traz consequências desastrosas e muitas vezes irreversível. A experiência de usar droga em algum momento da vida é um fenômeno do qual os pais, professores e responsáveis não podem ter controle. O jovem por si só entra em contato com pessoas que usam drogas e estas oferecem ao jovem em dado momento e este seja por curiosidade, seja por querer mesmo usá-la, acaba por aceitar, o contato com pessoas usuárias é algo que está aberto a qualquer jovem, independente de sua classe social ou mesmo econômica (BARDIN, 1998).

Os valores dominantes, a cultura grupal ou mesmo a rebeldia comum dos adolescentes, proporciona um verdadeiro atrativo na experimentação de drogas. Os grupos de amigos que usam, a inconformidade com a sociedade, típica dos jovens e adolescentes, tudo isso contribui para que o adolescente busque uma maneira de extravasar seus anseios, dúvidas e inseguranças (SALLES, 1998).

O presente estudo propõe a abordagem, em um primeiro momento, do desenfreado consumo de *crack* pelos adolescentes brasileiros, os conflitos que as drogas trazem tanto para usuários/dependentes como para os traficantes, tendo em conta os pontos relacionados ao uso e as consequências das drogas, em especial o consumo do *crack*, sua dependência química, bem como o tratamento do dependente/usuário, tendo como objetivo maior, compreender o histórico do consumo no Brasil, seus aspectos socioculturais, a violência urbana entre seus usuários, quais as políticas públicas que estão sendo adotadas, as inúmeras repercussões existentes nas classes sociais, como o Brasil tem reagido a esse uso desenfreado. O que mudou com o Estatuto da Criança e do Adolescente.

As abordagens serão avaliadas em quatro capítulos e serão expostas de maneira a mostrar ao leitor o que realmente está sendo feito em relação às drogas, em especial o *crack*, como o Estado, em conjunto com as autoridades, órgãos governamentais, instituições, família e sociedade buscam soluções e ajuda para os dependentes/usuários, bem como os tratamentos adequados a cada caso, atendendo com isso, o melhor para nossos jovens.

## Capítulo I

### 1. O CONSUMO DE *CRACK* PELOS ADOLESCENTES BRASILEIROS

As drogas em si servem para alterar o nosso sistema nervoso central (SNC). Temos aquelas de caráter lícito (álcool, tabaco) e as ilícitas (maconha, cocaína, *LSD*, *ecstasy*, *crack*, entre outras). Do ponto de vista médico, há drogas que causam depressão, outras que estimulam o sistema nervoso central e ainda aquelas que causam alucinações, são os chamados alucinógenos (ZALESKI, 2009).

Entretanto, entre as drogas ilícitas, existem certas substâncias que são usadas com fins terapêuticos, no tratamento de diversas doenças. Apesar de serem administradas com o objetivo de curar o indivíduo, elas são de uso restrito e por serem drogas que afetam o sistema nervoso central (SNC), e conseqüentemente, alteram também o comportamento das pessoas que a utilizam, o seu uso e abuso, acarretam, destarte, o desenvolvimento de uma dependência (LEMOS, 2009).

O *crack* é uma droga de coloração branca, surgida de uma variação da cocaína, produzida por meio de uma tecnologia, sendo, portanto, uma droga psicoativa sintética. Sua elaboração é feita, a partir do pisoteio das folhas de coca, que associada à querosene é macerada em ácido sulfúrico diluído, sendo essa substância adicionada ao bicarbonato de sódio (ESCOHOTADO, 1997). O uso do *crack* possibilita uma “viagem” semelhante à da cocaína injetada, e o *crack*, segundo (DAMANICO, 2006), pode ser obtido de duas formas:

1°- a partir do cloridrato de cocaína mais bicarbonato de sódio, onde, sua confecção caseira é de pequena quantidade, para uso pessoal;

2°- a partir da pasta-base da cocaína, onde sua confecção é mais industrializada.

O abuso do *crack* se justifica, pelo fato de que a principio, essa substância, produz uma sensação agradável de bem-estar e prazer, todavia, com o uso contínuo, as sensações antes tão prazerosas vão diminuindo, e o indivíduo não sente mais aquela sensação de antes. Com isso, cada vez mais ele procura usar mais a droga com o intuito de voltar a sentir o mesmo bem-estar experimentado da primeira vez. Assim, inicia-se a dependência (GALDURÓZ, 1997).

O *crack* é a cocaína na forma sólida ou em pedra (cloridrato de cocaína mais bicarbonato), é uma droga fumada no cachimbo, produz efeitos intensos e fugazes de poder e euforia, que atinge o cérebro de dez a quinze segundos e sua duração é de aproximadamente cinco minutos. A atividade cerebral dessa excitação traz ao usuário hiperatividade, insônia e inibição do apetite. Sob seu efeito, o indivíduo torna-se violento, com irritabilidade, tremores e psicose cocaína (paranóia, alucinações e delírios) (ZALESKI, 2009).

O nome *crack*, todavia, surgiu nos bairros pobres de Los Angeles e New York, onde os jovens, de baixa renda, se reuniam em grupos e colocavam os cristais no cachimbo e estes estalavam (*cracking*), quando entravam em contato com o fogo. A mistura da pasta-base de cocaína e outras substâncias como álcool, benzina, parafina ou querosene, ácido sulfúrico e carbonato de sódio, deram origem ao *crack*. Essa mistura era feita em casa pelos próprios jovens. Com isso, os Estados Unidos passaram a ser o país com o maior índice de consumo de cocaína, isso por décadas (PERRENOUD, 2012).

Como os efeitos causados pelo uso de crack são intensos e causam a dependência física e psíquica, alcançando, destarte, grande parte dos adolescentes no Brasil, daremos enfoque a esses usuários, abordando, assim, neste primeiro capítulo: o consumo de crack pelos adolescentes, a iniciação do crack, os estudos dos fatores que influenciam o tratamento do usuário, as drogas e os conflitos.

### **1.1. Drogas e Conflitos**

Desde as civilizações mais antigas até os dias atuais, os seres humanos buscam algum tipo de substância capaz de alterar seu estado de consciência. Esse uso é visto em sintonia com as sucessões de mudanças ao longo da história, ora com aspectos ritualísticos, ora com aspectos utilitários, criando, assim, uma relação “simbólica” de usuário e substância (LABROUSSE, 2010).

A associação existente do uso de droga com os conflitos é de real importância, uma vez que nas seitas datadas do século XI ao XII de nossa era, os

consumidores de *haxixe*<sup>1</sup> eram tratados indiscriminadamente como assassinos. Os conflitos existentes entre expedições militares e as drogas trouxeram grandes dissabores; muitas tropas militares, só aceitavam combater, caso fossem abastecidas com folhas de coca<sup>2</sup> ou com ópio<sup>3</sup>. A função da droga, nos combates, guerras e expedições militares era alterar o estado da pessoa deixando-a mais forte e determinada ou capaz de suportar os sofrimentos oriundos da batalha (LABROUSSE, 2010).

O aparecimento do *crack* e sua popularização e consumo tiveram início em 1989. Até esta data, não há informações de que os brasileiros usassem a cocaína via pulmonar, apenas na forma inalada ou injetada. As primeiras informações sobre o *crack* eram escassas e obtidas através da imprensa ou da apreensão da Polícia Federal, isso em meados de 1990. De 1993 a 1997 houve algumas apreensões bem significativas de pasta-base de cocaína, comprovando que realmente essa pasta seria transformada em uma droga mais barata e de grande potência (RIBEIRO, 2006).

O centro de São Paulo, mais precisamente a Estação da Luz, ficou conhecido como a “Cracolândia”, entretanto, devido à exclusão social e da repressão policial no centro, muitos usuários passaram a consumir o *crack* em outros pontos da cidade e com isso, espalhou-se rapidamente por diversos pontos da cidade. Muitos usuários de cocaína injetáveis, por temer o vírus da AIDS passaram a usar o *crack*, abandonando, assim, as drogas injetáveis (PERRENOUD, 2006).

Estudiosos do caso no Brasil relataram o perfil do usuário de *crack*, homens com menos de 30 anos, desempregados, com baixa escolaridade e poder aquisitivo, provenientes de famílias desestruturadas. Também foi feito um amplo levantamento

---

<sup>1</sup> Haxixe: resina marrom escura, obtida da parte superior da maconha. Manual de Polícia de Repressão a Entorpecentes. Pág. B – II – 021. Departamento da Polícia Federal.

<sup>2</sup> Coca: árvore cuja folha se extrai a cocaína. Substância estimulante. Manual de Polícia de Repressão a Entorpecentes. Pág. B – II – 016. Departamento da Polícia Federal.

<sup>3</sup> Ópio: papoula. Planta com auto grau de dependência, pode ser aspirado, fumado ou injetado. Manual de Polícia de Repressão e Entorpecente. Pág. B – II – 037. Departamento da Polícia Federal.

epidemiológico nas cidades de Belo Horizonte (MG), Rio de Janeiro (RJ), Porto Alegre (RS) e São Paulo (SP), todos chegaram à mesma conclusão: houve uma relação intrínseca entre homicídio e *crack*, devido, principalmente ao tráfico de drogas (RIBEIRO, 2006).

Hoje, os conflitos existentes com relação às drogas são de ordem econômica, principalmente por serem proibidas e sendo assim, esse ilícito torna-se mais oneroso. As atividades dos grupos rebeldes, guerrilhas ou organizações terroristas, são na grande maioria das vezes, financiadas com o dinheiro da droga e não raro as forças que combatem essa mesma substância, estão elas próprias envolvidas no seu tráfico. Com a proibição das drogas ilícitas, os conflitos assumiram uma importância significativa no final da Segunda Guerra Mundial, ou seja, havia troca de favores entre exército e tráfico. Com o fim da Guerra Fria, a droga passou a financiar os conflitos, uma vez que muitos não podiam mais contar com o dinheiro da droga (LABROUSSE, 1990).

Quando a droga é de origem natural, ela precisa ser transformada, passando, destarte, por várias etapas até chegar ao ponto certo para serem consumidas. Estas etapas aumentam o valor do produto de maneira substancial. Na primeira escalada dos ganhos, a droga deve superar os obstáculos físicos e políticos para chegar aos países consumidores, passando, assim, por rotas que levam daquele que produz àquele que consome. Com isso, dependendo da droga, de sua transformação e dos obstáculos superados, ela triplica o seu preço. Outro fator que causa a escalada de ganhos é fracionar a droga em pequenas doses e "batizá-la" com aditivos sem valor, aumentando sua quantidade, gerando, assim, um maior lucro (FARC, 1997).

A primeira modalidade das relações entre droga e os conflitos, consiste em trocar drogas por armas. A segunda diz respeito a grupos que agem em zonas produtoras, oferecendo aos seus clientes armas e drogas, uma vez que eles têm a certeza de serem pagos com o dinheiro da revenda da droga. Esses conflitos de drogas e suas relações dialéticas podem ser vistos também de grupos contra a autoridade do poder central, onde, os grupos rebeldes trocam serviços, ou seja, as guerrilhas protegem os camponeses contra os abusos dos comerciantes, dos delinquentes e também contra incursões e assédio das forças de repressão; taxas

são pagas às guerrilhas, abrindo caminho ao traficante para transitar com a droga pelos territórios controlados por elas (AUREANO, 2001).

Há grupos que se encarregam exclusivamente da montagem dos laboratórios para a transformação da droga, com o intuito de venda para os traficantes. Grupos armados acompanham o produto até os países consumidores e investem no comércio varejista local; quanto mais os grupos rebeldes ficam envolvidos com o tráfico, mais seus rendimentos serão altos, uma vez que as escaladas dos ganhos aumentam conforme o nível de comercialização. O imposto sobre as culturas ilícitas, as relações políticas e os níveis de articulação entre drogas e conflitos, podem ser vistos na cadeia de produção e transformação da droga. Em outras palavras, a guerrilha protege os cultivadores da repressão da polícia ou do exército e obriga os traficantes a pagarem um preço justo pela droga. Assim, esses próprios produtores auxiliam as guerrilhas dando informações, combatendo, além é claro, de terem que pagar a taxa. A proteção às culturas ilícitas permite à guerrilha consolidar e organizar sua base social (CHASSAGNE, 2000).

Mesmo aquela droga que não há necessidade de serem transformadas, no caso da maconha, por exemplo, são cobradas taxas, isso se explica porque o imposto sobre as transações são comerciais, ou seja, é uma questão de justiça cobrar. É nos Estados Unidos que podemos encontrar na década de 1960 e 1970 o primeiro exemplo de grupos terroristas, guerrilhas urbanas e drogas. Com o tráfico de cocaína, o dinheiro obtido com a venda servia para comprar armas para os grupos terroristas; há uma relação entre o uso de drogas ilícitas e a violência urbana nas últimas décadas nas cidades norte-americanas. Verificou-se que o aumento de homicídios está relacionado ao tipo de droga consumida, a história social do consumo de drogas na sociedade americana, concluiu que das drogas ilícitas como heroína, cocaína, *crack* e maconha, o *crack* é a droga que mais incita a violência urbana, o mercado do *crack* é o mais competitivo e a violência mais acentuada, pois o consumo e a vida nas subculturas analisadas são intensos (SAPORI, 2010).

A subcultura diz respeito à organização e normas de conduta da venda e do consumo. Seus participantes, vendedores e consumidores, são extremamente organizados, ditando normas e regras que devem ser cumpridas e seguidas sob pena de sofrer sanções, caso deixem de cumpri-las. Há, portanto, um código a ser



seguido. O grande número de suicídios entre os americanos, derivado do consumo de *crack* e o uso de armas por esses jovens usuários, assolou a sociedade norte-americana em meados da década de 1980. Por ser uma droga mais barata, o *crack* permitiu que seu consumo e vendas fossem adquiridos pela população de baixa renda. Disputas entre comerciantes e usuários de *crack* levaram entre os anos de 1985 e 2003 a um crescente número de suicídios, 65% dos jovens suicidaram-se na cidade de New York devido ao uso da droga. Não devemos, todavia, supor que o uso do *crack* é que tem levado à associação da violência urbana e suicídios, o usuário não fuma e sai cometendo crimes e atrocidades, a elevada intensidade da violência, constatada em breve levantamento da bibliografia referente ao tema associação violência/*crack*, está associada ao comércio das drogas ilícitas, disputadas entre os traficantes e seus territórios (BARATA, 2011).

O código de conduta adotado pelos traficantes deve ser seguido e quando não, as punições são severas, emergindo, destarte, conflitos na comercialização do produto. O mercado das drogas ilícitas é complexo e requer um padrão de organização para que possa funcionar como uma rede (SAPORE, 2010).

Podemos entender por rede as formas de organização cujo padrão deve ser seguido, resultando, assim, de uma dinâmica de interações que emergem como uma forma, ou seja, o funcionamento da rede. Assim, a rede de organização adotada por aqueles que optam pela comercialização identifica-se com os valores e objetivos, formando um leque, onde, a oportunidade é vista pelos valores locais e sociais que o tráfico implica. Quando nos referimos à rede de empreendedores, logo nos vem à imagem de algo centralizado para o comércio de drogas ilícitas, porém, a estrutura dessa rede é descentralizada, formando um conjunto de nós interligados que são referências conectoras de uma rede de comercialização de drogas. O empreendedor, então, obtém o produto por ele comercializado, ampliando e comercializando, garantindo, destarte, o fornecimento dos produtos, não sendo, entretanto, absoluto, podendo, assim, ser modificado pelo empreendedor, conforme o desejo e necessidade de sua ampliação e comercialização (SENA, 2010).

Não há um padrão específico para a formação de empreendedores, dependendo estes de situações das quais os colocam em contato com o mundo das drogas. Essas situações são encontradas na maioria das vezes no próprio seio

familiar ou no âmbito das amizades, onde, um amigo substitui o outro no fornecimento e comercialização das drogas ilícitas; no querer investir um capital parado; um grupo de amigos que já consomem drogas e querem alguém mais próximo para fornecê-las ou mesmo aquele indivíduo que quer ganhar dinheiro rapidamente, essas e outras situações fazem com que o empreendedor tenha, sempre, uma atitude que justifique sua postura diante do fator predominante para a inserção no fornecimento e comercialização das drogas (SENA, 2010).

Quando a droga passa a desempenhar um papel primordial no financiamento de um conflito, este pode influenciar, desvirtuando, destarte, os objetivos, gerando incertezas, grupos rebeldes entram em conflitos e brigam pelo controle da zona de produção ou de rotas. Os conflitos que não tem a guerra como fator, mas como questão, nos remetem aos conflitos locais. A solução para esses conflitos, muitas vezes, é a persistência do tráfico com antigas milícias, transformando gangues em traficantes. Guerrilhas protegendo cultivadores da repressão da polícia ou do exército, o que obriga os traficantes a pagarem um preço pela droga. A proteção às culturas ilícitas permite à guerrilha consolidar e organizar sua base social (FIORE, 2005).

Segundo (SAPORI, 2007), as drogas estão ligadas ao crime em pelo menos quatro maneiras:

1 – Em quase todos os países, a posse não autorizada e o tráfico de drogas são considerados crimes;

2 – Uma vez que as drogas custam caro, muitos usuários se veem obrigados a cometer crimes para poder adquiri-la e assim sustentar seu vício;

3 – Crimes são cometidos com o intuito de facilitar o narcotráfico, é um dos negócios mais lucrativos do mundo;

4 – A pessoa sobre o efeito da droga acaba por cometer crimes e atrocidades, mesmo contra a família e amigos.

A droga e o terrorismo estão intimamente ligados, uma vez que a organização de guerrilha e grupos de terroristas trabalham em conjunto em prol de suas causas. As guerrilhas rurais estão em posição muito favorável para controlar os territórios das plantas das drogas. As guerrilhas urbanas e, principalmente, os grupos

terroristas desterritorializados estão em uma posição muito menos propícia para tirar proveito da droga, mesmo que alguns tenham podido se beneficiar de um contexto favorável para se envolver nessas atividades. As situações geradoras de conflitos abertos, como as “guerras do tráfico”, geralmente são originadas de um processo de concorrência primitiva, qual seja, a tomada de uma boca. A boca é onde se vende a droga, já pronta para consumo. A rentabilidade de uma boca é “vigiada” o tempo todo por outros traficantes e quando uma boca vende mais que outra, o traficante que fatura mais deve ser eliminado, uma vez que está causando prejuízo a outro traficante, assim, essa situação leva à tomada da boca ou ao seu desmantelamento. Com isso, a guerra/conflito se realiza entre traficantes de uma boca e outros pertencentes a outras bocas, havendo, destarte, uma vulnerabilidade das conexões que atuam na linha da comercialização. Quanto mais organizadas e fortes as conexões de uma rede, menor a probabilidade de ocorrência de conflitos internos. Grandes conflitos atraem as atenções, e uma exposição pode levar a uma desestruturação e isso se torna inviável para o traficante e sua rede (SAPORI, 2007).

Como ressaltamos inicialmente, nosso problema central, em relação a esses conflitos, está relacionado a inserção dos adolescentes no uso desenfreado do *crack*. Nesse sentido, seguimos para compreender porque dizemos que grande parte dos usuários são adolescentes e os dados que comprovam essa relação entre *crack* e adolescência no Brasil.

## **1.2. A Iniciação do Crack no Brasil e os Usuários Adolescentes**

Dentro dessa margem de 30 anos que destacamos, é preciso reconhecer que grande parte dos usuários conhece a droga na adolescência. Estudos científicos recentes indicam que a idade mais precoce do uso de substâncias psicoativas é em torno dos sete anos de idade, isso em uma população em tratamento. Adolescentes que vivem somente com a mãe, ou seja, sem uma figura paterna, iniciam o uso dessas substâncias um ano mais cedo, uma vez que não estariam protegidos pelo ambiente familiar (MATTOS, 2003). Todavia, as mães não devem ser responsabilizadas em tais circunstâncias, pois, na maioria das vezes, estas assumem o papel de pai e mãe, tendo que trabalhar e sustentar a família, deixando, destarte, de oferecer uma maior proteção à sua prole (SILVA, 2003).

Além da adolescência ser um período difícil, pois é caracterizado por conflitos psicossociais, pela necessidade de integração social, busca de auto-afirmação e da independência individual, o adolescente ainda tem que lidar com a sua identidade sexual, decorrentes das mudanças oriundas dessa fase e do processo de formação do corpo, com isso, surgem os conflitos e com eles, conseqüentemente o uso de drogas, isso, se não houver suporte familiar que possa deixá-lo longe dessas substâncias (SILVA, 2003).

Há evidências comprovadas que a maioria dos jovens que experimenta drogas esporadicamente, na adolescência, deixam de fazê-lo com a idade de 25 anos, época que a maioria assumem papéis adultos, na profissão e na família, estabelecendo, destarte, vínculos efetivos e profissionais mais duradouros (MATTOS, 2003). Atualmente, ainda não temos dados científicos que possam confirmar com exatidão ou prever, quais os adolescentes que, uma vez tendo experimentado drogas em tão pouca idade, serão futuros dependentes. Todavia, é certo que os futuros dependentes estão inevitavelmente entre eles, por isso, a importância de oferecer tratamento adequado aos usuários, mas também da construção de programas preventivos (SZOBOT, 2009).

Pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz detectou que 35% dos usuários de drogas ilícitas são usuários de *crack*. Os maiores consumidores estão concentrados na região Nordeste. Ao todo no Brasil o consumo regular desta droga e outras similares como merla, pasta-base e oxi é de cerca de 370 mil consumidores (PAIXÃO, 2012).

É no início da adolescência, quando passamos da fase da infância para a vida adulta, que desenvolvemos de forma integral as mudanças oriundas dessa transformação. Além das modificações no nosso organismo, temos várias outras alterações que requer atenção, em especial a do Sistema Nervoso Central (SNC). Sendo o jovem, nesta fase, praticamente obrigado a enfrentar diversos desafios do desenvolvimento como criar sua própria identidade, seus valores familiares, morais, religiosos e a ter um relacionamento com outras pessoas diferentes daquelas do seio familiar, ele fica sobrecarregado com tantas responsabilidades, ainda não estando totalmente preparado para enfrentá-las (BESSA, 2010).

Com todo esse turbilhão de emoções, surge entre os grupos sociais, o fenômeno da droga, trazendo impactos na vida do adolescente e, muitas vezes, seduzindo o jovem com falsas promessas de bem-estar, afirmação, autonomia, alívio das angústias, novas realidades e a vontade da transgressão, já propícia na maioria dos adolescentes. Em busca de toda essa auto-afirmação e de uma maior aceitação no mundo cada vez mais competitivo e cheio de promessas, propagandas e imagens de valores conflitantes e ambiente cultural que estimula o jovem a obter prazer imediato, o jovem, que já se encontra pressionado a dar o melhor de si, buscando incessantemente realizações, tendo o mercado de trabalho instável, acaba por entregar-se às drogas, como uma maneira de amenizar estes e outros conflitos internos (SZOBOT, 2009).

Para os adolescentes com pouco ou nenhuma esperança de acesso à educação, aos bens culturais e perspectiva profissional, estes são os mais propícios a usar substâncias psicoativas. Os grandes conflitos, as grandes modificações na vida do jovem e as drogas, podem induzir o adolescente ao caminho mais dramático de sua vida. Não tendo ainda, a maturidade necessária para lidar com a pressão dos amigos e dos grupos, acaba por ter reações de impulsividade, irritabilidade e insegurança, desejando o jovem a aceitação do grupo, ele sente que seus prazeres antes tão aceitos, agora não passam de bobagens e não traz mais estímulos à sua vida, com isso, ele busca novas experiências e novos interesses. Nessa fase, a substância psicoativa passa a ser muito prazerosa e atraente, mas pode causar danos irreversíveis na vida do adolescente, pois a estrutura cerebral ainda está em formação e o aumento do risco da dependência química é iminente (SILVA, 2004).

A ocorrência de uma possível dependência química ocorrerá pelo fato do Sistema Nervoso Central ainda estar em intenso desenvolvimento e processo de reorganização e assim, com o uso de substâncias psicoativas haverá uma ampla destruição de neurônios e de sinapses – a apoptose -, ação que visa à preparação para o surgimento de novas estruturas neuronais que permitirão ao cérebro desempenhar novas e sofisticadas funções cognitivas, emocionais e reprodutivas. Esses neurônios é que irão estabelecer a personalidade do adolescente e suas teias sociais na família, na rua e nas suas diversas “tribos” de adolescentes (SILVA, 2004).

Quando a droga surge na vida do adolescente, ela destrói todos os potenciais de realização antes presente na vida do jovem, isso acontece devido o conflito existente entre o interior (cérebro) *versus* exterior (ambiente), indivíduo *versus* grupo social, desenvolvimento do Sistema Nervoso Central *versus* novos papéis e funções sociais. A droga neste caso irá atuar como desestabilizador das funções neurológicas do adolescente. Destarte, uma droga bastante consumida na atualidade e que tem causado grande preocupação, não só para pais ou responsáveis, mas também para toda a sociedade é o *crack*, que afeta o desenvolvimento do adolescente de forma bastante significativa e destruidora. Antes de entrar na questão do principal elemento que deve ser observado na psiquiatria dos profissionais da saúde, no intuito de ajudar o jovem consumidor de *crack*, abordaremos os dados epidemiológicos sobre o consumo dessa droga entre os jovens e adolescentes (SZOBOT, 2009).

Apesar dos estudos epidemiológicos não serem tão comuns e repetidos no Brasil, alguns levantamentos importantes foram feitos com estudantes e moradores de rua. O Centro Brasil de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) realizou cinco levantamentos epidemiológicos nos anos 1987, 1989, 1993, 1997 e 2004, feitos com estudantes do ensino fundamental e médio. O primeiro levantamento feito em 1987 tiveram amostras aleatórias de entrevistas com estudantes de 10 capitais e o último levantamento realizado no ano de 2004, incluiu 27 capitais de Estados brasileiros. Em todas as regiões brasileiras constatou-se o uso de cocaína e *crack*, e um aumento significativo de cocaína nas capitais do Estado do Nordeste (Salvador, Recife e Fortaleza) (BESSA, 2010).

A maioria dos entrevistados iniciou o uso de cocaína e derivados depois de estar na rua, o *crack* aumentou de forma assustadora na maioria das capitais, as taxas mais elevadas do uso desta droga foram em São Paulo, Recife, Curitiba e Vitória. Em São Paulo a forma mais comum de consumo foi o mesclado, ou seja, *crack* e maconha misturados com o cigarro. Foi constatado, também, o aumento do *crack* entre crianças e adolescentes, principalmente na década de 1980, vindo a ser consumido nas Regiões Sul e Sudeste e, aos poucos foram espalhando até atingir outras regiões brasileiras (CARNEIRO, 2010).

Embora o uso do *crack* não tenha se tornado uma epidemia em grandes proporções, já mostra ser um problema de saúde pública no Brasil e em outros países. A realidade sobre o consumo de *crack* é grave e as medidas de enfrentamento e a prevenção ao uso estão longe de serem solucionadas, uma vez que seu uso provoca grandes repercussões em toda a sociedade, pois há o envolvimento de muitos adultos e de modo especial crianças e adolescentes (CARNEIRO, 2010).

Estudos comprovam cientificamente que muitos adolescentes em certa fase de sua vida resolvem experimentar algum tipo de substância psicoativa. Muitos não desenvolvem qualquer problema significativo, porém, há jovens que torna o uso dessas substâncias habitual e isso se torna muito perigoso. O tipo de ambiente que se encontra o adolescente e o tipo de substância usada na experimentação irá determinar se o uso da droga será habitual ou esporádica, tudo dependerá de como o jovem se encontra e em qual ambiente está no momento da experimentação. A sensação de prazer experimentada pelo adolescente ao fazer uso da droga fará com que este desenvolva ou não o potencial de abuso ou de dependência. A maioria dos adolescentes combina álcool e tabaco, esses são os mais freqüentes, seguidos de álcool e maconha, tabaco e maconha e álcool e alucinógenos. A experimentação quando feita com cocaína, em especial na forma de *crack* é considerada a mais perigosa, pois o jovem corre o risco de tornar-se dependente, uma vez que o *crack* atinge de maneira muito rápida, de 10 a 15 segundos a circulação cerebral, produzindo efeitos intensos, estimulando o uso repetitivo da droga. Seu efeito dura em torno de 5 minutos e a sensação produzida é tão arrebatadora e fugaz que posteriormente o jovem quer fazer uso novamente, repetindo as mesmas sensações da primeira vez, como não consegue atingir o mesmo prazer experimentado no primeiro uso, cada vez mais o jovem entrega-se à droga buscando compulsivamente a sensação da primeira “bipada” (FIORE, 2005).

Até os anos 1970, a cocaína por via pulmonar era praticamente desconhecida na América do Sul. Jovens, pobres, desempregados, pessoas mais velhas que já consumiam cocaína injetáveis, adolescentes iniciantes no mundo das drogas, todos a procura de uma única coisa: a sensação eufórica provocada pela “bipada” no cachimbo do *crack*. Sendo uma droga de custo baixo, logo que surgida, influenciou

aqueles que procuravam a sensação de euforia, porém, com baixa onerosidade. O baixo preço contribuiu para novos adeptos (PERRENOUD, 2012).

Após dez anos de consumo de *crack*, no início do século XXI, constatou-se uma redução do seu uso em São Paulo, nos Estados Unidos e Inglaterra. Muitos acreditaram que essa redução faria com que finalmente o *crack* fosse visto como a droga do passado. O engano logo foi percebido quando se descobriu que não houve redução, e sim, a constatação de que o consumo de *crack* dobrou nos anos de 2001 a 2005. Nesta época, a Região Sul era a mais afetada, tendo o maior número de consumidores desta droga, seguidas pela Região Sudeste. Na Região Norte, não havia o consumo desta substância, porém constatou-se grande número de pessoas que usava a *merla*, outro derivado da cocaína (SILVA, 2004).

A motivação para o uso do *crack* era o prazer proporcionado pelo seu uso. Isso também mudou nos anos 2001, segundo os estudiosos a justificativa maior nesse ano era o estímulo pela compulsão, dependência ou uma forma de lidar com os problemas familiares e as frustrações. Com isso, os usuários passaram a apresentar também outro perfil, o consumo agora poderia ser visto por pessoas de várias classes sociais, onde, estas consideravam o serviço de atendimento público insuficiente e inadequado à suas necessidades – dados coletados há mais de dez anos. Nos últimos anos a procura por tratamento cresceu bastante, mas apesar de a demanda para tratamento ter aumentado, nunca existiram políticas públicas específicas com o intuito de tratar com seriedade e eficiência o dependente químico (RIBEIRO, 2007).

Constatou-se que o desaparecimento espontâneo ou mesmo milagroso desse grupo jamais seria possível, havendo, destarte, uma associação bem grande de usuários de *crack* e a infecção pelo vírus HIV e a violência contra e entre os usuários, entre outras. Os dependentes de cocaína inalada e do *crack* são bem diferentes, uma vez que os usuários de *crack* consomem outras drogas e praticam várias contravenções para sustentar sua dependência. Isto foi observado pelo estudo de um grupo de usuários de *crack*, que utilizavam a substância há mais de 10 anos sem interrupção, o que indica, segundo os estudiosos, que haveria uma provável adaptação à cultura do uso (LARANJEIRAS, 2007).



Segundo dados da Agência das Nações Unidas sobre Drogas (UNODOC), em 2005, cerca de 370 mil brasileiros fumavam, regularmente, o *crack*. Em 2007, foram apreendidos 578 quilos de *crack* já prontos para consumo. Os Estados-membros das Nações Unidas em 2009, buscaram um melhor controle da oferta e da demanda de drogas ilícitas (WORD DRUG REPORT, 2012).

Podemos concluir, destarte, que apesar de ter havido uma pequena redução do consumo de *crack* em alguns países, a falta de campanhas para a prevenção do uso de drogas, bem como de políticas públicas adequadas ao usuário e dependente, tornou-se o grande desafio dos nossos governantes. Assim, é preciso um maior comprometimento por parte de todos no intuito de buscar soluções necessárias e eficientes, para que possamos combater e solucionar de forma mais adequada o consumo desenfreado do *crack* e outras drogas, seja ela licita ou ilícita (RIBEIRO, 2007).

### **1.3. O Crack e a Política Brasileira**

Nos últimos 20 anos, mudanças relevantes foram descobertas no Brasil quanto ao histórico do uso de *crack*, o perfil do usuário são de jovens, desempregados, com antecedentes de uso de várias outras drogas e comportamento sexual de risco, baixa escolaridade e poder aquisitivo baixo, provenientes de famílias desestruturadas, desconhecem a palavra tratamento, os assistentes sociais são afastados e não querem tratar do problema (OLIVEIRA, 2008).

As políticas públicas brasileiras precisam ser direcionadas à prevenção do consumo primeiro das drogas licitas (álcool e tabaco), atentando à geopolítica das drogas. Há muito a ser feito e muito pouco interesse da parte daqueles que deveriam proteger nossas crianças e adolescentes. A necessidade de modelos capazes de reduzir o custo social das drogas, criando serviços intermediários entre o ambulatório e a internação. É preciso proporcionar aos jovens usuários, tratamento adequado ao seu caso e que estes possam receber moradia-assistida e hospitais-dia (noite). Nada poderá ser feito se não houver um entrosamento entre rede pública e os grupos de auto-ajuda e as comunidades terapêuticas (OLIVEIRA, 2008).

O governo atua em três eixos distintos, sendo estes, segundo a Agência das Nações Unidas sobre Drogas (UNODOC), articulados e coordenados pela Secretaria Nacional de políticas sobre Drogas (Senad). Essas ações permitem:

- a) Pessoas que trabalham diretamente com o tema drogas, prevenindo, tratando e fazendo um trabalho de reinserção social;
- b) Implantar estratégias, onde, a população possa ter acesso às informações, ao conhecimento e aos recursos existentes na comunidade;
- c) Realizar um diagnóstico da situação atual.

Por meio de estudos e pesquisas que abrangeram todo o país foi possível diagnosticar a situação do consumo de drogas na população usuária em geral e daqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade para o tráfico e consumo de *crack*. Com o objetivo de discutir o tema, drogas, o Brasil tem participado de fóruns internacionais, fazendo acordos com organismos internacionais e com países da África, Europa e América (LARANJEIRA, 2011).

Destarte, muitos abordam o assunto, às vezes de forma tímida, outras de forma bastante clara para a legalização do uso da maconha, dita como uma droga leve. Ficamos na dúvida sobre como portar, qual a melhor punição? As políticas públicas devem considerar os aspectos morais ou a situação das pessoas envolvidas? Como tratar usuário, dependente e traficante? (SILVA, 2007).

Estudos na sociologia do crime sugerem que há um grande impacto das drogas ilícitas e a criminalidade, isso, porém, não é absoluto. É preciso maiores estudos e comprovação para que possamos afirmar que droga e criminalidade andam juntas. Estudos brasileiros e norte-americanos dizem respeito ao real impacto que o comércio e consumo de drogas ilícitas teriam na incidência dos homicídios e de outros crimes violentos ao longo do tempo. Mudanças nas décadas de 1990 na cidade de New York em relação aos homicídios têm sido justificadas de acordo com o mercado das drogas ilícitas. Especialistas discordam veementemente de que a diminuição de homicídios tenha algo relacionado ao tipo de droga consumida, para eles, as mudanças ocorreram devido à atuação da polícia, ou seja, a tolerância zero adotada na cidade de Nova York (FANTAUZZI, 2005).

Segundo (GOLDSTEIN, 1985), em seu artigo sobre drogas, a relação drogas/violência pode ser analisada sob três contextos distintos:

a) Efeitos psicofarmacológicos das drogas – altera o comportamento do indivíduo, tornando-o violento e irracional, gerando, assim, vítimas;

b) Formação de compulsão econômica – quando o indivíduo é dependente de droga busca o roubo, furto ou outros delitos com o intuito de abastecer seu vício. Desta maneira se a vítima reage, ela é, normalmente, ferida;

c) Violência sistêmica – relaciona-se ao comércio das drogas, ou seja, brigas entre traficantes, eliminação de informantes, punições por adulteração da droga, punição por dívidas, entre outros.

Também há a conexão entre drogas/violência quanto aos efeitos sociais mais amplos do comércio de drogas ilícitas, uma vez que as condutas caracterizadas pelo tráfico de drogas acabam influenciando as atitudes e comportamentos do indivíduo que não fazem parte desse rol (SAPORI, 2007).

A partir da década de 1980 o *crack* ganhou vida nos Estados Unidos, tendo como preferência as grandes cidades como New York e Los Angeles, por volta de 1985. O usuário de *crack*, na grande maioria das vezes, são pessoas de baixa renda e assim dependem de pequenos furtos para sustentar seu vício. Para que possa haver, por parte do traficante, uma lucratividade da venda, o usuário faz várias transações ao longo do dia, roubos e furtos com o intuito de adquirir a droga, além disso, vários jovens negros e pobres são chamados, pelos traficantes, para atuarem como vendedores e assim, muitos por temer pela sua vida, já que o mundo das drogas é recheado de criminalidade, adquirem armas, com o objetivo de defender-se (FANTAUZZI, 2005).

Muitos usam as armas não só com o objetivo de autodefesa, a arma tornou-se um símbolo de *status* social nas comunidades, onde esses jovens residem. Nos estudos realizados por Blumstein (1995), a epidemia de homicídios que assolou a sociedade norte-americana nos anos 1980, pode ser explicada por dois processos: a emergência e difusão do mercado do *crack* em diversas cidades e a difusão do uso de armas de fogo pelos jovens. Nesse tipo de atividade, os empreendedores

aprendem deste cedo que o uso de armas é essencial para o seu sucesso e sobrevivência (SENA, 2007).

Diferentemente do usuário de crack o consumidor de cocaína, por exemplo, tem emprego, relaciona-se com família e amigos e frequentam lugares que possa ser usada a droga com os amigos como bares, festas, baladas etc., não deixando o usuário de cocaína de exercer suas atividades cotidianas e sociais. O usuário que compra uma quantidade maior do produto, o compra com a finalidade de revender, pois, na grande maioria das vezes, o consumidor de *crack* sendo muito pobre e sem condições financeiras é caracterizado como um consumidor compulsivo, um “noinha”, um “mendigo que fica lá nos becos ou casinhas” (SAPORI, 2007).

Palavras de um traficante, quando entrevistado:

“ (...) O pessoal que fuma pedra é bem mais pobre, e já está lá mesmo, então nem toma banho fica por lá mesmo. Não consegue ter outra atividade, não tem interesse em ter outra atividade...pra nós, homens falar que é assim melhor que mulher é muito foda! Mas o *crack* é melhor que mulher, sabe? Então, é assim, uma coisa, uma coisa bem forte pro homem chegar e falar, quando chega nesse ponto é porque é forte mesmo! A pedra é neguinho que implora, não tem dinheiro, fica pedindo, é mais pesada”.  
(traficante entrevistado).

O endividamento é muito complicado no caso do usuário de *crack*, uma vez que há uma prática comum no mercado de drogas: o repasse. Por isso, a violência é tão acentuada na comercialização de drogas ilícitas, outra variável geradora de violência é a alta rentabilidade das bocas propiciada pelo *crack*. A disputa no mercado não se dá em termos do valor de revenda da droga, esse valor já é estipulado em instâncias mais amplas da rede de comercialização de drogas, começando nas redes internacionais do fornecimento da pasta-base de cocaína, passando pelos laboratórios que, naturalmente, processam a droga e finalmente chegando aos fornecedores locais com um valor fixo (SENA, 2007).

Reconhecido o problema do crescente número de usuários e dependentes químicos do *crack*, sabemos, destarte, que há uma política pública de tratamento desta problemática, em que pese as dificuldades a enfrentar. Nosso objetivo deste ponto em diante é conhecer essa política estatal de tratamento do usuário de *crack*.

## Capítulo II

### **2. O COMÉRCIO DO CRACK E A VIOLÊNCIA URBANA**

Nos últimos 40 anos, o padrão de uso de *crack* sofreu mudanças significativas, os indivíduos que consomem esse tipo de substância psicoativa apresentam índices de mortalidade mais elevados do que a população em geral. Isso se deve, pelo fato de haver um risco maior de doenças como a AIDS, o comportamento sexual de alto risco e outros fatores relacionados ao uso de drogas (LIMA, 2006).

Dados do Ministério da Justiça de 2011 mostram que os homicídios são a *causa mortis* de quase 40% dos adolescentes. A violência urbana tem como principal característica a chegada do *crack* deteriorando ainda mais o cenário de exclusão social. Comportamentos violentos, roubos, venda de objetos pessoais, furtos, prostituição e disputa de gangues acentuam o comércio ilegal do *crack* (HAMID, 1991).

Alguns fatores podem explicar o ambiente de violência e criminalidade nas grandes metrópoles. A competitividade entre os narcotraficantes pode ser apontada como a principal causa de violência, uma vez que as disputas, nesse comércio ilegal são acirradas, bem como o próprio usuário que por vezes, encontra-se em situações de risco. Armas de fogo cada vez mais potentes, servem para resolver as disputas de mercado e defender seus produtos e ativos ilegais (BLUMSTEIN, 2000).

Estudos realizados em 2012 pelo serviço do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIAD) e o Instituto Nacional de Política Pública do Álcool e Drogas (INPAD), tendo como fonte de pesquisa os dependentes internados em hospitais públicos e usuários de vários tipos de drogas e não só o *crack*, relataram que a causa da morte desses dependentes são o homicídio, seguidos da AIDS e hepatite B. A maioria homens solteiros com menos de 30 anos (DIAS, 2011).

Assim como visto inicialmente, o caso é realmente de saúde pública e como tal deve ser abordado de maneira que possa ser solucionado da melhor forma, tanto para a sociedade como para os usuários/dependentes. Analisaremos a seguir, a

políticas públicas de tratamento dos usuários de drogas e os desdobramentos de sua implementação (FANTAUZZI, 2005).

### **2.1. A Política Brasileira e o Uso do Crack**

As discussões relativas ao uso de drogas ilícitas são muitas e com diferentes opiniões, infelizmente, até o presente momento, não temos todas as respostas aos inúmeros questionamentos referentes às substâncias psicoativas. Por estarem ligadas diretamente ao âmbito da saúde e da segurança pública, as perguntas vão desde os aspectos morais até os referentes aos direitos humanos. Como tratar usuário, traficante e dependente? As drogas devem ser legalizadas, se sim, qual a melhor política pública? A legalização ou a repressão? O usuário deve ser punido ou tratado? (FANTAUZZI, 2005).

São questões relevantes e complexas, porém, de difíceis respostas, uma vez que somos livres para usar nosso corpo como quisermos. O ser humano é dotado de direitos, deveres e obrigações, assim, pode ele tomar suas decisões conforme ache que seja o certo. Se olharmos do ponto de vista dos direitos humanos, concluiríamos que possuímos autonomia suficiente para usar ou não droga, já sob a ótica moralista, consideraria os usuários, vítimas do tráfico, como marginais, sujeitos que não tem direitos garantidos e que devem ser presos, visto que estando em sociedade podem trazer inúmeros problemas. As políticas públicas devem focar no indivíduo que faz uso de entorpecentes, com o intuito de proporcionar a estes, tratamento adequado, caso queiram deixar de usar determinadas substâncias entorpecentes (SZOBOT, 2009).

Lamentavelmente, a sociedade não enxerga o usuário de drogas com bons olhos, rotulando-o como marginal; a situação torna-se mais grave quando falamos do usuário do *crack*, isso devido ao estado degradante em que se encontra o viciado, estigmatizado como pessoa suja, pobre, marginal e “noiada” (termo usado pelos psiquiatras) (KARAM, 2009).

Na maioria das vezes, a lei no Brasil do combate às drogas, Lei 11.343/2006 são voltadas à proibição total de substâncias psicoativas. O foco da segurança pública tem caráter proibicionista, não havendo uma previsão de ações com o objetivo de reduzir a oferta ou o tráfico de drogas. Estudos mostram que o governo federal foi o que mais adotou políticas públicas voltadas para usuários, dependentes

e traficantes. Quanto à saúde pública, não há nenhum foco voltado para o tratamento do usuário ou à redução de danos causados pelo uso contínuo de drogas (FIORE, 2005).

Segundo os estudos desenvolvidos por Antônio Luiz Paixão e Ana Regina Machado, a maconha foi a primeira droga ilícita introduzida no Brasil através dos escravos africanos, uma vez que estes, a usavam para um maior contato com o sobrenatural, nesta época, não havia proibição do uso, por questões culturais. Em 1830, no Rio de Janeiro, por meio da portaria da Câmara Municipal, o Brasil pela primeira vez proíbe o uso da erva, proibindo seu uso e compra que à época era consumida, principalmente, por negros. Para Mauricio Fiori, a principal justificativa da proibição da maconha, estava relacionada com o “controle sobre as políticas públicas tradicionais de um crescente contingente da população negra e miscigenada, escrava ou liberta, na Capital do Império, do que [com] o controle sobre o uso de drogas propriamente dito.” (FIORE, 2005, p. 263).

Já a elite brasileira, consumia cocaína e opiáceos, sem nenhuma restrição, isso no final do século XIX, tanto para fins recreativos, quanto medicinais. Muitas fórmulas de remédios continham a folha de coca e a morfina (MACHADO, 2006).

Até o final do século XIX, não era prioridade do Estado brasileiro o controle do uso de drogas. Somente no século XX passaram a vigorar legislações tendo como principal alvo o uso de drogas. Com a propagação das substâncias psicoativas e o número crescente de usuários, os Estados Unidos e alguns países da Europa apelaram para a criminalização do porte e da venda de drogas, em especial da cocaína e dos derivados do ópio. No século XX, nas décadas de 20 e 30 o uso de cocaína, pelos jovens de classe abastada, e o uso da maconha, pelos jovens de classe mais baixas, começaram a preocupar as autoridades brasileiras. Assim, em 1921 o porte e a venda de drogas foram criminalizados no Brasil e as penas eram de multa e prisão para quem às desobedecessem. O argumento usado pelas autoridades brasileiras para sua atitude foi a necessidade de manutenção da ordem social e da preservação das condições de saúde e de segurança da população brasileira, com isso, fica institucionalizada no Brasil a campanha antientorpecentes (FIORE, 2005).

## **2.2. A Lei Brasileira e os Compromissos Internacionais sobre as Drogas**

“A Lei 11.343/2006 institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diz respeito, também, ao porte e cultivo da droga para consumo próprio do qual podemos observar, grandes novidades para o usuário/dependente” (NUCCI, 2012. P. 232).

O art. 28 da Lei 11.343/06 dispõe *in verbis*:

“Art. 28. Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas:

I – advertência sobre os efeitos das drogas;

II - prestação de serviços à comunidade;

III – medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo”.

Esse artigo deixa claro que, o usuário de drogas não pode de forma alguma ser preso, mesmo estando portando droga, uma vez que fique provado que aquela droga encontrada com ele é para o consumo pessoal. Continua sendo crime o porte ilegal de drogas, apenas houve uma “descriminalização formal”, visto que não se admite a aplicação da pena privativa de liberdade. O usuário, portanto, será encaminhado à autoridade competente, para que este possa alertá-lo a respeito dos efeitos maléficos da droga para sua saúde, sua qualidade de vida e sua relação com a comunidade à qual pertence (PAIXÃO, 2006).

É necessário ter em mente o quanto a legislação mudou ao longo dos anos entre 1932 até o ano de 1976, essas mudanças buscavam a prevenção ao uso de drogas ilícitas e também as lícitas como o álcool. O toxicômano podia ser internado por tempo indeterminado, foram criadas comissões para a fiscalização de entorpecentes, houve nos anos 1960 mobilizações para pressionar as autoridades quanto à legislação, visando uma maior rigidez no uso de drogas, o Brasil aderiu à Convenção Única sobre Entorpecentes, em New York. Uma mudança importante ocorreu no ano de 1971 em relação às drogas e seu dependente, surgiu o “médico-



psiquiatra” e o dependente passou a ser tratado como doente, tendo os hospitais psiquiátricos autonomia para puni-los. A psiquiatria torna-se, destarte, aliada ao controle e repressão do uso de drogas (MORAIS, 1999).

Surgida em 1976, a Lei de Tóxicos, Lei 6.368/76, criminalizava a venda e consumo de drogas, sendo classificada à época como problema de segurança pública. Muitas mudanças foram feitas nesta lei, apesar de proibido o uso de substâncias psicoativas, o usuário teve um ganho significativo, uma vez que foi proibida sua internação obrigatória, onde a partir de então, este seria tratado de forma que sua dependência seria vista como doente fosse e, sendo assim, haveria necessidade não de uma internação e sim de tratamento adequado ao tipo de droga utilizada e grau de dependência. Outro fator relevante que deve ser observado dentro desta lei é o fato da divisão das penalidades, onde, a penalidade para quem portar e vender drogas são diferentes daquele que adquire a droga para consumo próprio, ambas eram punidas com pena de detenção (MACHADO, 2006).

Em 23 de agosto de 2006 surge a nova Lei Antitóxico. Essa lei institui o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas – Sisnad. Esse Sistema prescreve medidas para prevenção do uso indevido de drogas, a atenção e reinserção de usuários e dependentes, estabelecem normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico de entorpecentes, além de definir os respectivos ilícitos penais. Foi um grande avanço, uma vez que aborda o tratamento diferenciado em relação ao usuário, a tipificação de crime específico para a cessão de pequena quantia de droga para consumo conjunto, o agravamento da pena do tráfico, a tipificação do crime de financiamento ao tráfico, bem como a regulamentação de novo rito processual. “O crime do tráfico ilícito de entorpecentes é inafiançável e insuscetível de graça ou anistia”. (art.5º, XLIII. CF/88. P. 9) (FIORE, 2005).

O Ministério da Saúde existe desde 1953, onde atua em várias áreas relacionadas à saúde; apesar do tempo considerável de sua existência, somente nos anos de 2001, 2002 e 2003 adotou a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas. Nesta política, o indivíduo possui direito de ter acesso à saúde e à assistência social, sendo necessário para isso, que haja uma integração e cooperação de outros setores e segmentos do Estado, no intuito de auxiliar o usuário, não apenas oferecendo médicos, mas também

orientações do melhor caminho a ser seguido pelo usuário, para o completo abandono do uso de drogas (MACHADO, 2006).

As diretrizes sociais, psicológicas e políticas do Ministério da Saúde buscam medidas preventivas, promotoras de saúde e igualdade, educativas e reabilitadoras. O grande avanço neste setor foi a necessidade de criar uma rede de atenção e apoio ao usuário, abrangendo, destarte, saúde, segurança pública, assistência social, dentre outros. O Ministério da Saúde não tem seu foco voltado para a droga e sim, na redução dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas no campo da saúde pública. Órgãos governamentais como o Conselho Nacional Antidrogas (Conad), a Secretaria Nacional Antidrogas (Senad) e o Ministério da Saúde apresentam propostas diferentes em relação à Política Nacional sobre Drogas (MACHADO, 2006).

Duas correntes ideológicas asseguram um embate entre esses órgãos, Conad, Senad e Ministério da Saúde, suas visões sobre o assunto são bem divergentes, uma das correntes visa resolver os problemas dos toxicômanos como de ordem da segurança pública a outra trata do assunto como da saúde. A solução mais adequada para tentar resolver esse impasse entre os órgãos governamentais seria a adoção de uma política coerente, visando à redução dos problemas oriundos do consumo de drogas ou adotar o discurso antidrogas do Ministério da Saúde. Isso, porém, não é tão simples e requer uma escolha entre as correntes ideológicas com o intuito de melhoria na saúde do usuário (PAIXÃO, 2006).

Os órgãos governamentais têm os mesmos poderes para programar suas políticas públicas em relação às diretrizes políticas, por isso a dificuldade encontrada nesse impasse, uma vez que eles foram instituídos pelo Poder Executivo federal e estão, assim, no mesmo patamar hierárquico. Mesmo com todas as divergências existentes entre esses órgãos, há uma responsabilidade compartilhada entre eles, onde, estes se comprometem a buscar melhores condições de vida e promoção geral da saúde do usuário de drogas (BRASIL, 2004).

O esforço é necessário, propondo uma atenção integral ao usuário de drogas, visto que há muitos obstáculos a serem transportados para o completo funcionamento das instituições. A burocracia estatal atrapalha o trabalho daqueles que estão dispostos a ajudar os consumidores de drogas. As oportunidades devem

ser vistas a médio e longo prazo, gerando mudanças com o objetivo de sustentabilidade e financiamento das ações já existentes e das que ainda virão (BRASIL, 2004).

Os Estados e Municípios devem assumir suas responsabilidades em relação às suas políticas públicas adotadas, para que possa haver uma descentralização na adoção de planejamento intersetorial com o intuito de formulação e implantação de políticas públicas sobre drogas. É um tema importante e de grande complexidade, pois aborda responsabilidades, muitas vezes, deixadas de lado (BRASIL, 2004).

Segundo a Comissão Especial de Políticas Públicas de Combate às Drogas (CEDROGA), várias viagens foram realizadas em todo o país com o intuito de conhecer, os problemas oriundos do consumo de drogas, em especial, o *crack*. A Comissão Especial de Políticas Públicas de Combate às Drogas (CEDROGA), sugeriu a cada parlamentar responsável por obter informações referentes à realidade de cada estado, que elaborasse reuniões e seminários para o conhecimento e debate das ações já existentes, e que até o presente momento, tem beneficiado vários usuários de *crack* bem como apontar quais as dificuldades encontradas no combate às drogas e que estes mesmos colaboradores, pudessem sugerir uma política pública de resultado, com o objetivo maior de ajudar o país a avançar nesta grande luta (OLIVEIRA, 2009).

A deputada Aline Corrêa (PP-SP) buscou a mobilização dos atores municipais e estaduais na luta pelo grave problema enfrentado pelos estados, no combate às drogas. As reuniões promovidas, em cidades do interior de São Paulo, para estudo dos trabalhos realizados com dependentes, buscaram o debate sobre o tema, especialistas e representantes locais foram reunidos para o acolhimento; tratamento e reinserção social; na prevenção e na repressão ao tráfico de drogas, estratégias de enfrentamento às drogas, foram discutidas (LEMOS, 2011).

Em 2011, nos meses de agosto e outubro, foram realizados Seminários de Políticas Públicas sobre Drogas para o Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas. O que se pôde constatar é um cenário desanimador e desafiador. De início, os coordenadores promoveram reuniões técnicas, contando com a colaboração ativa de profissionais e formadores de opiniões, nos municípios paulistas, debatendo o tema e ao mesmo tempo, preparando material para outro Seminário, desta vez

regional. Participaram deste Seminário representantes de Secretárias Municipais, dentre eles os da Educação, Saúde, Segurança Pública e Promoção Social; Polícia Militar, Guarda Municipal, Conselho tutelar, Comunidades Terapêuticas, Hospitais Psiquiátricos, Grupos de Apoio, dentro outros (PAIXÃO, 2006).

Esses encontros foram de grande proveito para todos os envolvidos, uma vez que a realidade do mundo das drogas estava aquém daqueles que poderiam tentar resolver o problema. O principal problema era o distanciamento enfrentado, muitas vezes, por falta de oportunidade e troca de idéias e experiência de outros trabalhos realizados em cada entidade. A constatação dessas reuniões foi o triste diagnóstico da ausência de ações integradas dentro da esfera municipal e posteriormente detectada nas esferas estadual e nacional (SAPORE, 2010).

Destarte, não há como combater as drogas sem que haja uma ação integrada por vários órgãos públicos. Isto só será possível, se todas as esferas governamentais se unirem, o combate deve vir de todos, as áreas de Segurança Pública, promoção social, tratamento e saúde devem atuar sem interrupções, para que essas pessoas, possam dar continuidade ao tratamento (SENA, 2010).

Foi constatado que não há leitos suficientes para o tratamento dos dependentes químicos. A Frente Parlamentar de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas da Assembléia Legislativa de São Paulo, concluiu que a ajuda do governo federal e estadual é mínima para enfrentar o avanço do *crack* (LEMOS, 2009).

Segundo artigo publicado pela doutora Sandra Franco, São Paulo e Rio de Janeiro tomaram a iniciativa de internação compulsória para aquelas pessoas que buscam ajuda do governo. Assistentes sociais, juizes, defensores da OAB, promotores, sediada no Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD) uniram forças, a chamada força tarefa, com o intuito de tentar ajudar usuários e dependentes (SENA, 2010).

Embora ainda esteja em andamento e seja muito recente, a internação compulsória foi implantada em 2001, pela Lei 10.216/2001. A cidade de São Paulo foi pioneira no tratamento do dependente químico de *crack*, desde 2009, seguida pelo Rio de Janeiro, buscando para isso, a internação compulsória como ultimo recurso utilizado no tratamento dos dependentes. Abordaremos, portanto, como está sendo feita essa internação e quais os benefícios da mesma.

### **2.3. A Internação Compulsória**

A internação compulsória ou involuntária pode ser adotada dentro de um Estado de Direito, uma vez que todos são iguais perante a lei, garantidos o direito à vida e à liberdade. Essa privação de liberdade do indivíduo recolhido para tratamento, se justifica por fazer-se essencial para que possa ser devolvido, a esse mesmo indivíduo, sua dignidade, perdidas com a dependência química. Não ofende o princípio da dignidade humana, quando nada mais resta de dignidade por parte dos dependentes (FRANCO, 2013).

A Lei 10.216/2001 dispõe que as modalidades de internação (voluntária, involuntária e compulsória) todas elas precisam de prévia avaliação multidisciplinar e um laudo médico que justifique a internação. Entre os profissionais da saúde e psiquiatras há uma grande controvérsia de quando haveria realmente a necessidade de internação à força. A regra é que somente é cabível a internação, caso todas as medidas extra-hospitalares já não produzam efeitos. No caso de iminente risco à vida do paciente, ou de suicídio, este seria internado à força (FRANCO, 2013).

A internação por si só não fará milagres, é preciso a reconstrução da identidade do usuário, buscando seu círculo de referência familiar, social, profissional, resgatando, destarte, suas habilidades e qualidades positivas. A interrupção do uso de drogas é uma consequência da reflexão e da apropriação destes valores (FIORE, 2005).

Segundo Franco (2013), em São José dos Campos - SP, Prefeitura, Estado, Ministério Público, Judiciário e outros órgãos estão desenvolvendo o Projeto Comarca Terapêutica, cujo programa está baseado em três eixos principais:

- a) Criação e ampliação de novos equipamentos da saúde, sociais e comunitários, com base em um amplo diagnóstico do município;
- b) Criação de um grupo e de uma rede articulada intersetorial de atuação de prevenção, tratamento e reinserção;
- c) Novo enfoque do processo civil e criminal e do sistema de justiça na busca da prevenção e do tratamento de pessoas usuárias ou dependentes de drogas.

O Governo de São Paulo, o Ministério Público, Tribunal de Justiça e a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), iniciou uma parceria para plantão especial no

Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD), com o intuito de fornecer um atendimento diferenciado aos dependentes químicos. Pode a justiça decidir, em casos extremos, pela internação compulsória dos dependentes. A Lei Federal de Psiquiatria – Lei 10.261/2001, estabelece que havendo necessidade de internação involuntária ou compulsória, o Estado é responsável por um desenvolvimento da política de saúde mental. Poderá o psiquiatra, mediante laudo médico circunstanciado, que caracterize seus motivos, internar o dependente compulsoriamente, sendo esta internação determinada pela justiça (FRANCO, 2012).

A própria família também pode pedir a internação do dependente químico, desde que esse pedido seja feito por escrito e aceito pelo médico psiquiatra. O Ministério Público, neste caso, será informado em 72 horas sobre a internação e seus motivos (CORRÊA, 2011).

Desde 2001 em vigor, essa lei só agora começa a surtir seus efeitos, uma vez que o governo do Estado de São Paulo optou por uma parceria entre Judiciário e Executivo, entre médicos, juízes e advogados com o objetivo maior de tornar a tramitação do processo de internação mais célere, dando, assim, uma maior eficiência na Lei e desse modo, protegendo a vida daqueles que mais precisam. Essa parceria do Estado com o Judiciário atende famílias de pouco poder aquisitivo e seus dependentes, objetivando resgatar os laços familiares totalmente perdidos com o uso de drogas, em especial o *crack* (FRANCO, 2012).

Para que o Judiciário possa garantir os direitos aos dependentes químicos, três termos de cooperação foram assinados:

a) um termo com o Tribunal de Justiça de São Paulo, para a instalação de um anexo do tribunal no Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD), atendendo, assim, as medidas de urgência relacionadas aos dependentes químicos em caso de internação compulsória. Integrantes da Defensoria Pública também estão presentes nesta internação;

b) um termo com o Ministério Público, permitindo que promotores possam acompanhar o plantão do Judiciário;

c) e por fim, um terceiro termo assinado com a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), determinando que esta entidade coloque, de forma gratuita e voluntária, para fazer o atendimento profissional e os pedidos nos casos necessários.

A parceria com o Judiciário justifica-se uma vez que quando o médico psiquiatra opta pela internação compulsória, não pode manter o paciente retido no local, por não ter uma ordem judicial para tanto, com o plantão dos representantes do judiciário, a determinação judicial ficou mais célere (BESSA, 2010).

Dados da Secretaria Municipal de Saúde da prefeitura de São Paulo apontam, que desde 2009 a prefeitura já realiza a internação compulsória, através da Operação Centro Legal. No município de São Paulo, se o paciente concorda com o tratamento é encaminhado para o Complexo Prates, já no Estado, ele será encaminhado para o Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CEDROGA) (CARNEIRO, 2010).

É importante ressaltar que a internação compulsória ou involuntária não será regra; a internação é uma exceção e não regra. A política prioritária continua sendo a internação voluntária, onde os profissionais da saúde, tentam, através do convencimento, internar o paciente para o devido tratamento, visando, destarte, a total recuperação do dependente. Médicos conceituados como Dráuzio Varella e Arthur Guerra, bem como o professor Ronaldo Laranjeiras, hoje professor titular do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), diretor do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e outras Drogas (INPAD) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e coordenador da Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas (UNIAD), são unânimes em afirmar suas opiniões de que concordam plenamente com a internação compulsória para o dependente químico, uma vez que os consideram doentes e precisam ser tratados (LARANJEIRAS, 2007).

Uma das instituições mais respeitadas do mundo, o National Institute on Drugs Abuse (EUA), acentua que a internação compulsória é benéfica para o tratamento de dependentes químicos, ela é tão eficaz quanto o tratamento voluntário e espontâneo. Outros países e não só o Brasil utilizam a internação compulsória entre eles os Estados Unidos, Canadá, Nova Zelândia, Austrália, Suécia entre

outros, todos concordam em dizer que, o dependente químico que representa um risco para si e para terceiros deve ser internado para o adequado tratamento (LARA, 2009).

O tratamento não deve ser forçado, e quando a opção for a internação compulsória, esta deve ser determinada sob condições específicas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que em condições de risco para usuário e terceiros deve-se optar pela internação compulsória (NUCCI, 2012).

Atualmente a Secretaria Estadual de Saúde, da cidade de São Paulo mantém 691 leitos públicos para dependentes químicos. São Paulo foi o primeiro do Brasil a criar clínicas com leitos públicos para internação de dependentes (DIAS, 2011).

Pessoas que já estiveram em situação de rua e dependência química e foram reinseridos socialmente pelo trabalho da própria Missão, trabalham com jovens e adolescentes usuários. Há as casas de triagem e de tratamento, onde os usuários podem ser recebidos em moradias assistidas, iniciando sua reinserção social. Nesta etapa, atividades de educação, trabalho, lazer, esporte e cultura, além de incentivo para o retorno ao convívio familiar são cultivadas (DAMANICO, 2006).

Somente com uma ação conjunta de trabalho e integração é possível uma tentativa de correção, e assim, tentar proporcionar um mundo melhor para nossos jovens (PERRENOUD, 2012).

Assim, sabendo dos grandes desafios que devemos enfrentar, para tentar solucionar os problemas e as dificuldades oriundas do uso do *crack*, abordaremos a avaliação do dependente quanto ao uso dessa droga, bem como o que deve ser feito para que haja um tratamento adequado para cada tipo de paciente, seu grau de dependência e a melhor forma de ajudar os jovens, adultos e inúmeros dependentes que vem desafiando autoridades e médicos. Como o Brasil tem convivido e reagido a esse uso desenfreado e compulsivo, será o tema do nosso próximo capítulo.



### 3. COMO O BRASIL REAGE AO USO DO CRACK

O fenômeno do qual o Brasil e outros países têm vivenciado com o alarmante consumo de *crack* e outras drogas psicoativas, tem preocupado autoridades e profissionais da área da saúde e tornou-se um caso de saúde pública. O uso da droga por crianças, adolescentes e adultos é extremamente grave e requer medidas que possam solucionar os desafios constantes desta luta que deve ser sanada por todos e não apenas por pais ou responsáveis de usuários (FANTAUZZI, 2006).

Provocando graves danos à saúde, o uso do *crack* impede o desenvolvimento do jovem e atinge famílias, parentes, amigos e toda a sociedade, pelas complicações associadas a esse consumo. O maior desafio imposto ao uso do *crack* está relacionado com a implantação de consistentes programas públicos de prevenção ao uso da droga, com medidas efetivas, como, por exemplo, o controle de publicidade das bebidas alcoólicas, em especial da cerveja, aumento do preço dessas bebidas, com o intuito de dificultar o adolescente no ingresso cada vez mais precoce das drogas, mesmo sendo esta, uma droga lícita, também é preciso a forte fiscalização no combate à venda de bebidas e cigarros a menores de idade, melhoria na educação, lazer, trabalho do menor aprendiz, educação em tempo integral e de todos os serviços públicos, culminando com programas que ofereçam a nossa juventude acesso aos caminhos para um desenvolvimento integral de suas potencialidades (AARÃO, 2007).

Por maiores que sejam as intenções de alguns é indispensável destacar que o tratamento dos adolescentes que fazem uso de qualquer droga psicoativa é uma condição que tem sido muito descuidada. A forte carência de estruturas e de profissionais capacitados prejudica a vida desses jovens, ficando estes quase na total ausência de locais adequados para o tratamento e de profissionais que defendem o uso de outra droga, a maconha, para ser usada como substituto paliativo ao consumo de *crack* por crianças e adolescentes. Os chamados “consultório de rua” que servem como opção de tratamento são, na verdade, uma proposta que, atrás do discurso bem-intencionado do respeito à individualidade e à livre escolha do que fazer e como fazer, infelizmente, por trás desse aparato todo de liberdade e respeito esconde-se a perpetuação da miséria, da violência e da

condenação de muitas crianças e adolescentes a uma vida marginal e sub-humana, uma vez que reforça as condições para que crianças e adolescentes permaneçam vivendo nas ruas (MACHADO, 2006).

O triste diante disso tudo é o encaminhamento de crianças e adolescentes para um tratamento compulsório sem que este tenha um plano terapêutico bem fundamentado e sem que, ao término, o paciente tenha condições de manter-se, visto não possuir amparo por parte das instituições que garantem o tratamento, ou condições mínimas que possam ajudá-los em sua luta diária, sem acompanhamento às famílias do paciente e não tendo estrutura para manterem o jovem longe das ruas e conseqüentemente longe das drogas. Não há apoio de programas de ensino em período integral e profissionalizante, que ofereçam estágios remunerados, oportunidades de empregos dignos, lazer e cultura, nem pensar. Não adianta afastar a criança ou adolescente por um curto período de tempo, longe das drogas e depois deixá-la voltar para o mesmo ambiente que se encontravam antes do tratamento (PAIXÃO, 2009).

A situação é desestimulante e requer grande complexidade, pois o jovem termina seu tratamento e não recebe apoio, não vislumbrando nada à sua frente que possa auxiliá-lo a manter-se longe das mesmas companhias ou fora das ruas e drogas. Muitas vezes, o jovem não tem uma família estruturada que possa apoiá-lo em sua luta diária, a sedução do consumo de *crack* e de outras drogas, mais uma vez vence a vontade daquele que deseja parar e não consegue. Como pensar em ter um novo começo se não recebe por parte das autoridades o suporte ideal para não voltar às drogas? (PAIXÃO, 2009).

É preciso fazer mais do que fornecer um leito e remédios para esses jovens, é necessário, antes de tudo comprometimento, amor, respeito e vontade de mudar. Educação em tempo integral, psicólogos dispostos a ajudar, psiquiatras interessados no bem-estar dessas crianças e respeito à dignidade humana. Essas crianças e adolescentes usuários de *crack* são as maiores vítimas do traficante, que só visa o lucro, não se importando com quem quer que seja (BESSA, 2010).

### **3.1. A Avaliação do Dependente**

Para que possa haver um tratamento adequado ao jovem usuário de droga é imprescindível que este seja avaliado com acuidade e tenha uma correta

identificação do uso precoce do *crack* e das consequências que podem advir do uso contínuo dessas substâncias psicoativas. O nível de gravidade de cada caso e o perfil do usuário deve acompanhar o adolescente em sua avaliação, para que o profissional da saúde possa elaborar um plano que melhor se adéqua ao tratamento (TAMELINI, 2007).

Muitas vezes são os pais ou responsáveis que levam o jovem para um futuro tratamento, raro são as vezes que o próprio adolescente procura soluções para seus inúmeros problemas, originários do uso de crack. É de extrema importância que na etapa inicial do tratamento, o paciente possa dar ao profissional em sua primeira entrevista, o máximo de informações. Para que o tratamento seja eficiente, o profissional irá avaliar e identificar o grau de motivação do paciente e a melhor forma de ajudá-lo (LARANJEIRA, 2010).

O usuário de *crack* apresenta inúmeros problemas físicos e psíquicos devido ao uso dessa substância, vejamos os mais comuns:

- a) A maioria das crianças e adolescentes usuárias de *crack*, moram nas ruas;
- b) Tem sua integridade física e psíquica abaladas;
- c) Estão desnutridos, apresentam anemia, vivem somente o presente não se importando com as consequências do uso da droga em seu futuro (CAREY, 1998).

Como são as condições de sobrevivência desses jovens que vivem sobre o efeito do *crack*, abordaremos *as mais comuns*:

- a) Falta de higiene;
- b) Estresse causado pelas agressões físicas e/ou sexuais, fazem desses jovens pessoas sem o mínimo de amor-próprio, sem esperança sobre um possível futuro;
- c) Suas vidas tornam-se sem importância;
- b) Negam o uso da droga e recusam-se a fazer tratamento com o objetivo de deixar o vício (LARANJEIRA, 2010).

O profissional encarregado da avaliação clínica do jovem precisa desenvolver uma habilidade de escuta específica para a entrevista, com base em uma empatia

colaborativa e não julgadora. Isso se justifica, pois fará com que o adolescente adquira mais confiança no profissional que irá tratá-lo e este sentirá segurança para responder com honestidade as perguntas formuladas pelo terapeuta ou psiquiatra, sobre o uso e consumo do *crack* e outras substâncias psicoativas. Limites e regras de confiabilidade devem ser impostos na primeira entrevista, deixando bem claro quando e como essas regras podem ser violadas (FLYNN, 2008).

A avaliação clínica deve buscar no relato do paciente, atitudes e comportamentos que possam auxiliar o profissional no tratamento mais adequado a cada caso e pessoa. Deve ser observado o grau de intensidade do uso do *crack* pelo usuário, as faltas às aulas, a motivação que poderá levá-lo a abandonar o tratamento ou o vício, os hábitos alimentares, condições de vida no seio familiar, os gastos exagerados, as mentiras freqüentes do paciente, a perda de objetos ou roupas, horário de dormir, o isolamento e as atividades sociais em família ou com amigos, mudanças radicais no vocabulário, problemas disciplinares na escola ou envolvimento com brigas, problemas com a lei e muitos outros (CAREY, 1998).

Em suma, a avaliação do jovem usuário de *crack* e/ou outras drogas, engloba não só o comportamento relacionado ao uso, mas também outras dimensões da vida psicossocial, como problemas psiquiátricos, comportamentais, do desempenho escolar, da dinâmica familiar e dos relacionamentos com amigos. Em relação ao uso do *crack* deve ser observado e investigado a freqüência do uso, quantidade, início do uso e outros tipos de drogas utilizadas, as consequências negativas causadas pelo uso, na escola, família, ambiente profissional etc. Todas as possibilidades e problemas devem ser avaliados com acuidade e interesse, não deixando margem para futuras dúvidas e apreensões (DIAS, 2008).

Muitos adolescentes acima de dezesseis anos são diagnosticados com transtornos mentais, causados pelo uso de substâncias psicoativas o que detecta um problema de saúde pública. Pouco se sabe dos tratamentos diferenciados para esses transtornos, uma vez que o conhecimento disponível voltado para adultos e adolescentes são poucos (KAMINER, 1998).

O adolescente considera-se, por natureza, um ser com autonomia e onipotente, dificultando, assim o tratamento, alguns jovens acham que podem dominar os conflitos oriundos do uso de substâncias psicoativas, devido sua ilusão

de autonomia (“ninguém manda em mim”) e também a onipotência que julgam ter (“paro quando eu quiser”) ou (“comigo será diferente”). Com isso, muitos resistem aos tratamentos, sendo, na maioria das vezes, obrigados pelos pais ou responsáveis a tratarem-se. As abordagens do tratamento utilizadas nos adultos não se encaixam nos jovens, visto que estes ainda não possuem maturidade suficiente para discernir o certo do errado, não sabendo distinguir os tipos de consequências oriundas de tais substâncias (KAMINER, 1998).

O jovem por estar ainda buscando sua identidade própria, não possuindo um conhecimento maior em relação à sua vida, despreza a maneira com que pais ou responsáveis lidam com os problemas dos transtornos mentais por uso de substâncias psicoativas. Indivíduos com estes tipos de transtornos negam estarem doentes e não aceitam serem tratados, por isso é importante que pais ou responsáveis busquem orientações com pessoas que possam ajudá-los sobre qual a melhor maneira de tratar o adolescente, tirando suas inúmeras dúvidas, mesmo que o filho não queira iniciar o tratamento (SZOBOT, 1998).

A justificativa mais usada pelos adolescentes quanto ao uso de drogas é aquela em que estes alegam, que amigos e conhecidos fazem o mesmo uso, ou seja, *“todo mundo na minha idade faz”*. As taxas de abandono do tratamento por uso de substâncias psicoativas são altas, visto que o tratamento é relativamente longo, com várias recaídas, alterando períodos de melhoras e pioras. Os três primeiros meses são os piores para o jovem em tratamento, relatos indicam que 60% dos adolescentes não conseguem completar e o programa é abandonado (BECK, 1993).

O resultado positivo para os dependentes químicos depende da gravidade da dependência química, o funcionamento global do adolescente antes da iniciação ao uso de drogas, a motivação que o leva a querer abandonar o uso da droga e a presença da co-morbidade psiquiátrica. Há jovens que usam drogas e julgam estarem errados, outros usam e acham por bem continuar seu uso, uma vez que todos usam, por que deverei parar? Esse último é o mais difícil de tratar, pois, além de gostar, ele acha que ainda está certo. Avaliando a situação desses dois indivíduos, a única co-morbidade encontrada é um transtorno de conduta apresentados entre ambos. Certamente o jovem que acha o uso de drogas errado

terá uma maior resposta ao tratamento do que o outro que pensa estar certo (KAMINER, 1998).

O tratamento em grupo pode ser benéfico ao adolescente caso não seja com grupos muito diferentes, o que chamamos de grupos diferentes são aqueles jovens que já possuem um maior contato com vários tipos de drogas, usam há mais tempo, fazem uso de drogas injetáveis e acabam por ter comportamentos agressivos. Isso se justifica, porque, muitas vezes, a iniciação das drogas se faz em grupo; os transtornos de condutas também devem ser observados para que não influenciem os adolescentes, pois estes, ainda em formação em sua maturidade psíquica, podem confundir os tipos diferentes (DIAS, 2008).

No início do tratamento em grupo é importante que os adolescentes, sejam atendidos individualmente em sua Terapia Motivacional. Jovens com diagnóstico problemático de drogas devem ser avaliados por profissionais habilitados na área da infância e adolescência, sendo extensivamente investigado para outros diagnósticos psiquiátricos. O contrato entre pais, adolescente e terapeuta deve ser o mais claro possível, com direito à privacidade e confidencialidade, podendo haver a quebra do sigilo caso ocorra algum problema que possa colocar a vida do paciente em risco. É imperativo que seja tudo esclarecido ao jovem no caso de uma possível e futura quebra de sigilo e de que forma isso será feito (SZOBOT, 1998).

O jovem em tratamento deve ser extremamente sincero em suas consultas, relatando ao terapeuta quanto às suas recaídas e seus medos e anseios. A psicofarmacoterapia na dependência química em adolescentes está mais vinculada ao tratamento das co-morbidades associadas. Até o momento, não há medicações comprovadamente efetivas para a redução da fissura nessa faixa etária (LARANJEIRA, 2010).

Diferentes tipos de tratamentos podem ser encontrados para o uso de drogas em adolescentes, mas a melhor escolha dependerá do grau de suporte familiar ou social, o tipo de droga usado e suas situações de risco e grau de prejuízo no funcionamento global (YIFRAH, 1997). Nesse sentido, abordaremos os atuais tratamentos disponíveis para os jovens usuários de crack.

### **3.2. Tratamento Não-Ambulatório**

Quando não há suporte familiar capaz de auxiliar o jovem em seu tratamento, ou esse passa por situações de risco devido ao uso de entorpecentes, é necessário que haja tratamento não-ambulatório. Existem certas situações perigosas, onde o jovem corre sérios perigos quanto à sua saúde como o risco de suicídio ou de homicídio, uso grave ou descontrolado da droga, prostituição com intuito de obter drogas, surto psicótico, incapacidade de aderir a um programa ambulatório, conflitos graves com a lei e, muitas vezes, as situações sociais ficam comprometidas. Por tudo isso, pais ou responsáveis necessitam de interferir junto ao jovem e adolescente, uma vez que estes devem ser observados com mais acuidade e por muitas vezes, requer uma internação psiquiátrica em ambiente protegido e capaz de assegurar a estabilidade do jovem (KAMINER, 1998).

O Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu artigo 12, recomenda que os adolescentes sejam internados com o acompanhamento de um familiar ou responsável, em tempo integral e que seja em unidade fechada, não podendo o adolescente ser misturado a adultos psicóticos (SZOBOT, 1998).

O tratamento na Comunidade Terapêutica propõe um tratamento de forma contínua onde, o adolescente é afastado do convívio familiar e social, ficando por um longo período de abstinência, aprendendo novas habilidades pessoais e sociais, desenvolvendo trabalhos altamente estruturados e bem definidos. Isso é importante e necessário para que o jovem possa degrau por degrau ir se recuperando, aprendendo suas habilidades pessoais e sociais e o conhecimento a muito esquecido e deixado de lado, devido ao uso de drogas (BECK, 1993).

Diferentemente dos adultos, o adolescente necessita do auxílio por parte dos profissionais da saúde que os estão assistindo, uma vez que estes permanecem por períodos mais curtos na comunidade e o tempo em que estão em tratamento, contam com estudo e o envolvimento familiar é extremamente importante e acolhedor. O jovem usuário de drogas é mais propenso a ter possíveis recaídas, sendo mais frágeis e sujeitos a influências negativistas (BECK, 1993).

Na Comunidade Terapêutica o jovem deve ocupar-se com suas atividades diárias como estudar, arrumar sua cama, lavar suas roupas, cozinhar etc. Não podem os jovens e os adultos receberem tratamento na mesma comunidade, uma

vez que adolescentes e adultos respondem de forma diferenciada ao tratamento. A Comunidade Terapêutica deve contar com médicos, psicólogos, psiquiatras e pessoas capazes de realmente auxiliar, orientar e ajudar os jovens a ter uma excelente recuperação (KAMINER, 1998).

Infelizmente, há “fazendas” destinadas ao tratamento de pessoas dependentes de drogas que não contam com médicos ou profissionais capazes de dar um tratamento e apoio adequado ao jovem, muitas são de cunho religioso e contra qualquer tipo de medicamentos.

Isso não corresponde ao tratamento especializado das Comunidades Terapêuticas de fato, que são indicadas para o tratamento de pessoas realmente necessitadas e com grave uso de entorpecentes e que já fizeram outros tipos de tratamento, mas que foram mal sucedidas em suas inúmeras tentativas de deixar as drogas. A internação é voluntária, porém, muitas vezes, o paciente é:

- a) Internado mesmo contra sua vontade em unidade psiquiátricas;
- b) Mesmo que não voluntariamente ele permanece lá para que possa tratar sua dependência;
- c) A justificativa é a proteção do dependente e usuário, uma vez que coloca sua vida em risco, devido ao uso excessivo de drogas.

Podemos, portanto, chegar à conclusão, que o usuário de drogas será encaminhado à Comunidade Terapêutica para tratamento, quando todos os outros métodos de livrar o jovem das drogas falharem e pais ou responsáveis não conseguem mais dominar o adolescente (SZOBOT, 1998).

### **3.3. Tratamentos Ambulatoriais**

Em termos de saúde pública, os tratamentos ambulatoriais são os mais indicados aos pacientes usuários de drogas, com diferentes modalidades e efetividade cientificamente comprovada. Aproximadamente 70% dos casos de usuários de drogas são indicados para esse tipo de tratamento. É comum haver a Terapia Motivacional, onde terapeuta-paciente têm uma relação sobre o problema da dependência química, contudo, as taxas de abandono a esse tipo de terapia são altas. Uma das justificativas mais usadas para o abandono do tratamento é a falta de motivação dos dependentes químicos para mudanças, o não reconhecimento por



parte do usuário de que são doentes e necessitam de tratamento e também a negatividade de que precisam tratar o problema (BROWS, 1989).

Com isso, os terapeutas passam a usar a Entrevista Motivacional, para que o paciente possa ser auxiliado a querer fazer mudanças em seu comportamento, o objetivo maior dessa terapia é motivar o paciente a querer fazer essa mudança. O emprego da Terapia Motivacional só será possível se o paciente estiver disposto a mudanças, visto que o terapeuta poderá decidir qual a melhor abordagem que será usada com a pessoa, para desenvolver e consolidar essas mudanças (BROWS, 1989).

Segundo Marlatt (1985), o paciente passa por diversos estágios, processos e níveis para que possa ocorrer essa mudança, abordaremos cada um desses estágios:

I - pré-contemplação – nessa fase, o paciente nega que tenha qualquer problema, não discute sua dependência química, acha que está tudo bem, não admite falar sobre drogas, não percebe o mal causado, o prejuízo e as consequências do vício em sua vida. Por mais grave que seja a situação, ele fica alheio a isso. O paciente nessa fase diz algo como: “eu não tenho um problema”;

II - contemplação – neste estágio, o paciente faz certos questionamentos sobre sua vida, o uso de drogas, na maioria das vezes, admite que tenha um problema, tem um pouco mais de consciência de que a droga está causando algum mal à sua saúde física e psíquica, mas deseja dentro de si algumas mudanças. Uma colocação comum nesse estágio é o paciente dizer: “talvez eu tenha um problema”;

III - preparação – aqui, o paciente começa a querer mudanças em sua vida, ainda que esteja em dúvidas quanto a certas atitudes. Ele diz: “eu tenho problemas e quero tentar mudar”;

IV - ação – esse estágio é considerado o mais importante, uma vez que o paciente já possui consciência de que tem um problema em relação ao uso e dependência da droga, deseja mudanças em sua vida e sente-se relativamente capaz de tentar enfrentar os problemas. É comum ouvi-lo dizer: “eu tenho tentado mudar algumas atitudes na minha vida”;

V - manutenção – nessa fase, o paciente já estabeleceu alguma abstinência do uso da droga, possui outros estilos de vida e está mais integrado com novos hábitos e atitudes que não englobam o uso de drogas. A manutenção é como o paciente dizer algo como: “nem sempre é fácil, mas tenho me esforçado para me manter sóbrio”.

É essencial destacar a grande luta interior do paciente pela abstinência da droga, bem como a do terapeuta que o está auxiliando. Muitas vezes há recaídas, desânimos, questionamentos tanto por parte do paciente como do terapeuta. O porquê de querer parar com as drogas, qual a motivação maior. Não raro paciente e terapeuta se decepcionam com o tratamento, muitas vezes o paciente não consegue se livrar das drogas e o terapeuta sente-se impotente e culpado, sentindo raiva de si mesmo por não estar conseguindo ajudar o jovem (MARLATT, 1985).

É comum haver retrocessos, por isso, a importância da reavaliação clínica do paciente que deve ser feita, no intuito de estar a par de sua motivação. Os processos de mudanças dizem respeito de como o paciente faz modificações em sua vida que o levam a progredir de um estágio a outro (CLARK, 1997).

Os níveis de mudanças dizem respeito a o quê o paciente precisa mudar em sua vida para superar os problemas aditivos, ou seja, problemas no trabalho, conflitos familiares, distorções etc. Esses três elementos – estágios, processos e níveis de mudanças interagem entre si e estão na base da Terapia Motivacional, sendo importantíssima sua compreensão para a técnica da Terapia Motivacional (SAMPI, 2002).

Essa técnica da Terapia Motivacional é usada muito nos adolescentes e não depende da vontade de pais, responsáveis, terapeutas ou de qualquer órgão público para se obter êxito, depende exclusivamente da vontade que o paciente tem de mudar. O terapeuta deve seguir alguns conceitos básicos para a Terapia Motivacional no intuito de ser um facilitador do trânsito do paciente entre os estágios de mudanças (SAMPI, 2002).

Segundo Kaminer (1998), para a condução da Terapia Motivacional é importante a:

I - ambivalência – aqui, o paciente se encontra em uma balança, ele quer parar de usar a droga, mas ele gosta da droga e sente bem em usá-la, ou seja, o paciente quer, mas tem dúvidas quanto ao tratamento;

II - escuta reflexiva – refere-se aos comentários do terapeuta com o paciente. Se o paciente diz uma coisa o terapeuta precisa compreender o que ele quis dizer e não tentar influenciá-lo de outra forma, deve se ater ao fato. O terapeuta deve escutar o jovem e incentivá-lo a falar mais sobre a droga usada, sobre sua vida etc;

Para Kaminer (1998), é preciso seguir algumas estratégias na Terapia Motivacional no intuito de beneficiar o tratamento, tais como:

I - expressar empatia e aceitação – é importante que o terapeuta não bata de frente com o paciente, tentando ao máximo respeitá-lo e gerando dúvidas quanto ao uso de drogas;

II - desenvolver a discrepância – explora as diferenças existentes entre objetivos futuros e comportamentos atuais. O paciente tomará certa consciência de que precisa mudar se quiser atingir seus objetivos e que no momento presente o seu futuro não poderá associar-se ao passado, por ser incompatível o agora e o amanhã;

III - evitar argumentação – a argumentação excessiva por parte do terapeuta aumenta a resistência do paciente. O terapeuta não deve querer o tempo todo mostrar que ele é o certo e o paciente é o errado. Esse tipo de conduta pode levar a um retrocesso no tratamento, o paciente deve sentir sua autonomia quanto ao uso de drogas;

IV - lidar com as resistências – não pode o terapeuta impor ao paciente o que ele acha que está certo. O mais indicado seria o terapeuta convidá-lo a pensar sobre o assunto, sobre novas possibilidades e oportunidades sem o uso das drogas. Deve o terapeuta mostrar, sem imposição, sua vida sem drogas, as possibilidades de um futuro promissor, convencê-lo a uma reflexão sobre algumas questões e deixar que o próprio paciente decida o melhor para si;

V - encorajar a sensação de competência – essa sensação mostra ao paciente o quão hábil ele se sente para mudanças. O terapeuta deve mostrar o lado

positivo quando ele não está sobre o efeito de drogas. O encorajamento é extremamente importante para o paciente.

A Terapia Motivacional ocorre, portanto, em duas fases. Na primeira o terapeuta ocupa-se do paciente motivando-o a fazer mudanças comportamentais, explorando suas ambivalências. Posteriormente, no estágio da preparação do paciente, o foco volta-se para a obtenção de estratégias com o intuito de atingir os objetivos. É extremamente importante que o paciente tenha noção das mudanças que precisam ser feitas independente do grau de dependência em que este se encontre (SZOBOT, 1998).

Deve-se ter em mente que a Terapia Motivacional não funcionará se o paciente não estiver disposto a fazer mudanças e achar que não precisa mudar. Para pacientes com histórico mais grave de uso de drogas e descontrolado, a Terapia Motivacional não funcionará (SZOBOT, 1998).

Outra terapia bastante usada e comprovada em seus êxitos cientificamente é a Terapia Familiar, que irá considerar o comportamento do paciente individualmente no seio familiar. O objetivo dessa terapia é identificar com a família ou responsáveis o histórico de alcoolismo e dependência de drogas na família e monitorar até onde pais ou responsáveis impõe limites ao adolescente. Deve-se, através dessa terapia, restabelecer a autoridade dos pais e melhorar a qualidade da relação entre pais e filhos (BECK, 1993).

A superproteção dispensada às crianças pelos pais ou responsáveis também é um fator preocupante, podendo levar o adolescente mais tarde a fazer uso de alguma droga, como exemplo podemos citar o caso de crianças que tiveram tudo dos pais, sem se preocupar com qualquer tipo de responsabilidade, deixando-os inseguros quanto ao modo de como lidar com as pessoas e quando chega à adolescência, não sabem como interagir, puxar conversa e recorre à bebida para tomar coragem e fazer amizades (LARANJEIRA, 2010).

A Terapia Familiar ajuda as famílias a lidar com o jovem usuário de drogas, esclarecendo os efeitos sobre o uso da maconha, cocaína e álcool, também ajuda na redução das faltas escolares, melhorando o rendimento acadêmico, a tristeza, ansiedade e o desafio às regras, agressão física e delinquência. Provado cientificamente que o emprego da Terapia Familiar é eficaz, no tratamento de

adolescentes usuários de drogas ou em risco de se tornar dependentes químicos, ela está sendo usada com bastante progresso (LARANJEIRA, 2010).

Dentre as formas de Terapia Familiar a mais usada é a que dá enfoque ao cognitivo-comportamental, ou seja, Terapia-Cognitivo-Comportamental que considera o uso de drogas como um comportamento aprendido, iniciado e mantido em determinadas condições ambientais. A base dessa terapia é o aprendizado, onde o indivíduo adquire novos comportamentos e sistemas de crença como resultado de experiências vivenciadas (KAMINER, 1998).

O que ocorre nessa terapia são dois condicionamentos um clássico e um operante, onde no condicionamento clássico há um estímulo de aprendizado e como consequência um estímulo prediz outro estímulo, criando uma relação lógica e perceptiva entre ambos. No condicionamento operante, o aprendizado é uma consequência das ações de um ambiente, pode ser um aprendizado positivo ou negativo. Assim, o uso da maconha, por exemplo, está condicionado a angústia, onde está reduz, mesmo que momentaneamente (CAREY, 1998).

Crenças nesse tipo de terapia são comuns entre os usuários de drogas, quando supervalorizam a droga, distorcendo, destarte, seus efeitos. Essas crenças ou pensamentos desenvolvidos pelo usuário torna-o mais ansioso quando vai a uma festa, por exemplo, esperando ali *ficar ligado*. Muitas vezes, seu comportamento justifica o uso de drogas, crenças de que o domingo, por exemplo, é chato e para suportá-lo só mesmo *chapado*. Outros pensamentos consideram o uso da droga aceitável e o usuário diz: “cheirar cocaína de vez em quando não tem problema algum” (BROWS, 1989).

O uso de drogas pode ser influenciado por muitos fatores cognitivo-comportamentais, ressaltando o comportamento dos pais perante os filhos, irmãos e grupos sociais. O enfoque da Terapia-Cognitiva-Comportamental é priorizar a compreensão e o manejo do uso de drogas a partir do aprendizado social e de crenças que o paciente desenvolve influenciado pelo ambiente. São identificados nesta terapia alguns fatores, internos ou externos, que justificam o uso da droga como ambiente em que se encontra, horário e humor do adolescente.

De acordo com Kaminer (1998), algumas técnicas usadas na Teoria-Cognitiva-Comportamental são importantes para um melhor aproveitamento da Terapia, são elas:

I - tarefas domésticas - o terapeuta deve estar a par de todas as ações do paciente, isso se justifica uma vez que é preciso que o terapeuta possa identificar, quais as tarefas realizadas pelo adolescente que o levaram a consumir drogas, fazer uma associação entre afazeres e droga;

II - analisar as vantagens e desvantagens – o terapeuta pede ao paciente que liste as vantagens e as desvantagens do uso da droga, onde, mostrará, sem criticar ou acusar o usuário, os efeitos e consequências em sua vida quando este se encontra sob o efeito da droga;

III - as associações feitas, pelo usuário, ao uso de drogas – crenças são usadas para justificar o uso. O paciente, muitas vezes, tende a ter crenças como “minha vida está ruim mesmo, para que parar com as drogas?”;

IV - registro diário do uso de drogas – o paciente é incentivado a listar diariamente o consumo de drogas, se sozinho, com amigos, onde, quando etc;

V - identificar situações de risco para recaídas – normalmente, o paciente usa droga em situações previsíveis, o terapeuta aqui estimula o paciente a pensar antecipadamente sobre o uso, por exemplo, a reconhecer que se beber terá vontade de usar cocaína, ou que se ficar muito triste e deprimido terá vontade de usar maconha.

Deve-se observar, sempre, o grau de desenvolvimento em que se encontra o paciente, muitas vezes, por ter iniciado nas drogas muito cedo, o adolescente pula etapas em sua vida e essas lacunas devem ser preenchidas para que possa desenvolver suas habilidades, estimulando comportamentos saudáveis e alternativos, sem o uso da droga (KAMINER, 1998).

A Terapia-Cognitiva-Comportamental pode ser aplicada em grupo, com bons resultados (YIFRAH, 1998). Tratamentos são apresentados e com bons resultados. É preciso apenas colocá-los em prática.

Com o intuito de melhor compreendermos a situação atual da criança e do adolescente e as modificações feitas pelo legislador, abordaremos como conclusão

desse capítulo as Teorias da Situação Irregular, da Proteção Integral e os princípios orientadores do direito da criança e do adolescente.

Conclusão: O que mudou para a proteção da criança e do adolescente:

A criança e o adolescente são sujeitos de direito. Nem sempre foi assim, esse reconhecimento foi fruto de um grande trabalho feito por vários países com a participação da comunidade que lograva por mudanças. A Constituição Federal de 1988, estabelece em seu art. 227 em seu *caput* os direitos fundamentais, sendo estes de aplicação imediata e ao Estatuto da Criança e do Adolescente coube a construção sistêmica da doutrina da proteção integral. Assim, a Doutrina da Proteção Integral tem uma integração com o princípio da dignidade da pessoa humana. Essa doutrina, serviu de base para um sistema destinado à proteção da criança e do adolescente, antes disso, o que se podia perceber era uma total discriminação, onde, somente seriam protegidos aqueles que se enquadravam no padrão estipulado pela Doutrina da Situação Irregular, ou seja, criança ou adolescente vítima de violência ou abandonada (AMIN, 2012). O jovem e si, não era tido como indivíduo e sim, como um objeto de manipulação dos adultos. Os responsáveis abusavam sobremaneira de sua autoridade e com isso, a sociedade de um modo geral foi despertando em sua maneira de pensar e agir no intuito de defender a criança e o adolescente que sofria grandes abusos. Isso se deu em grande parte pelos movimentos que “exigiam” um melhor tratamento a essas pessoas afastando, destarte, a doutrina da situação irregular, assegurando, igualmente, às crianças e aos adolescentes com absoluta prioridade, direitos fundamentais, determinando à família, à sociedade e ao Estado o dever legal e concorrente de assegurar esses direitos. Sendo assim, visando regulamentar e buscar à efetividade da norma constitucional, foi promulgado o Estatuto da Criança e do Adolescente, tendo dois pilares básicos:

- 1 – que crianças e adolescentes são sujeitos de direito;
- 2– a afirmação de sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento.

Em 1924, a Liga das Nações Unidas expôs sua preocupação no que dizia respeito aos direitos das crianças e adolescentes, com isso, surgiu o primeiro documento internacional denominado: Declaração dos Direitos da Criança de Genebra. Apesar de ter sido um documento importante, este não obteve tanto

sucesso quanto a Declaração Universal dos Direitos da Criança, adotado pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1959. Esse foi o grande marco no reconhecimento das crianças e adolescentes como sujeito de direitos, que precisavam de proteção e cuidados especiais (CUNHA, 1996). Com este documento foi estabelecido a proteção à criança e ao adolescente, voltada para seu desenvolvimento físico, mental, moral e espiritual, tendo educação gratuita e compulsória, proteção contra negligência, crueldade, exploração, atos discriminatórios e socorro. Destarte, em 1979 a Organização das Nações Unidas (ONU), com o objetivo de melhor atender aos princípios estabelecidos na Declaração Universal dos Direitos da Criança, adotou a Teoria da Proteção Integral, fundada em três pilares:

1 – Reconhecimento da condição peculiar da criança e jovem, como pessoa em desenvolvimento e titular de proteção integral;

2 – Convivência da criança e do jovem com sua família;

3 – As Nações subscritoras obrigam-se a assegurar os direitos insculpidos na Convenção com absoluta prioridade (SILVA, 2012).

Em 1990, oitenta países, inclusive o Brasil assinaram a Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da criança buscando com isso, a efetividade da Convenção dos Direitos da Criança; também foi assumido o compromisso dos países signatários de promover a rápida implementação da Convenção, com a promessa de melhorias na saúde de crianças e mães, combatendo, destarte, a desnutrição e o analfabetismo (GONÇALVES, 2009).

A Doutrina da Situação Irregular operou por quase um século e era uma doutrina restrita, ocupando um cenário jurídico infantojuvenil e limitando, a tratar de forma preestabelecida crianças e adolescentes. O menor era privado de condições essenciais à sua subsistência, saúde e instrução obrigatória, em razão da falta de ação ou omissão dos pais ou responsáveis, sendo assim, vítimas de maus-tratos. Somente seriam assistidos àqueles que estivessem em perigo moral, por estarem expostos a ambientes e atividades contrários à moral e bons costumes, os que praticavam infração penal e ainda todos os menores que apresentassem o chamado “desvio de conduta”, em virtude de grave inadaptação familiar ou comunitária (AMIN, 2012).



O Juiz de Menores exercia as funções jurisdicional e administrativa, portanto, não havia limites para sua atuação, sendo os menores infratores levados para institutos de detenção mantidos pela Febem e os outros menores que não tivessem cometido infrações, seriam levados e mantidos em internatos; as diversas medidas assistenciais e de proteção previstas no Código de Menores de 1979, não eram cumpridas (REALE, 2009).

A Teoria da Situação Irregular, não era universal e limitava-se ao público infantojuvenil, havendo uma identificação bastante seletiva, onde o perfil do jovem era: os filhos de famílias empobrecidas, geralmente negros ou pardos, vindos do interior e periferias. Destarte, a doutrina não falava em direitos da criança e dos adolescentes, ela apenas, predefinia situações e determinava sua atuação de resultados. A causa do problema não era exigida, apenas o problema em si, ou seja, sua consequência (CUNHA, 1986).

A teoria da situação não garantia o direito das crianças e adolescentes, sendo assim, o jovem não poderia exigir escolas, pré-natal, assistência à saúde, transporte escolar, direitos fundamentais que, não encontrassem previsão no código de menores, não era, portanto, em princípio, passíveis de tutela jurídica (BRANCHER, 2000).

Rompendo com o padrão preestabelecido pela Doutrina da Situação Irregular, a Doutrina da Proteção Integral consegue resgatar os valores insculpidos pela Convenção dos Direitos da Criança e pela primeira vez crianças e adolescentes tornam-se titulares de direitos fundamentais, como qualquer ser humano. Sendo assim, a criança e o adolescente passam a ter um Direito da Criança e do Adolescente substituindo, destarte, o Direito do Menor, direito esse que se torna amplo, exigível, abrangente e universal, estendendo assim, a sua proteção a todas as crianças e adolescentes, indistintamente, respeitada, portanto, sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento (SILVA, 2012).

Abordaremos no próximo capítulo os princípios básicos do Estatuto da Criança do Adolescente.

#### 4. Os Princípios Constitucionais

Para que crianças e adolescentes possam ver resguardados seus direitos e garantias, foram instituídos três princípios constitucionais. Abordaremos cada um desses princípios, lembrando que regras e princípios são espécies de normas, que devem ser obedecidas gerando assim, uma integração (AMIN, 2012).

1 - Princípio da Prioridade Absoluta - instituído pelo artigo 227 da Constituição Federal de 1988, com previsão no artigo 4 e no artigo 100, parágrafo único, da Lei 8.069/90, esse princípio coloca a criança e adolescente em primeiro lugar na esfera, judicial, extrajudicial, administrativo, social ou familiar, buscando o interesse infantojuvenil, essa prioridade é assegurada constitucionalmente, pois integra a proteção integral que prioriza a criança e o adolescente em sua integralidade (ÁVILA, 2005).

Porém, essa prioridade deve ser assegurada não só pelo Estado, mas também, pela família, comunidade, sociedade e poder público. A prevenção por meio de políticas públicas é essencial para que sejam resguardados os direitos fundamentais da criança e adolescente, sem exceção (AMIN, 2012).

2 - Princípio do Melhor Interesse - com a adoção da doutrina da proteção integral, o princípio do melhor interesse ganhou amplitude, sendo aplicado a todo e qualquer público infantojuvenil. Esse princípio irá orientar o legislador e o aplicador da lei, determinando de forma clara o que é prioridade para o bem estar da criança e do adolescente, interpretando a lei, solucionando conflitos ou mesmo elaborando futuras regras (BRANCHER, 2000).

Destarte, esse princípio garantirá o respeito aos direitos fundamentais titularizados por crianças e adolescentes. Não será o juiz que irá julgar o que será melhor para o menor, o melhor interesse é aquele que atenda à dignidade da criança e aos seus direitos fundamentais. Quando o Estado opta pela internação compulsória de crianças e adolescentes que fazem uso de drogas, em especial, o *crack*, ele está na verdade atendendo ao princípio do melhor interesse, uma vez que estando essa criança ou adolescente exposto ao perigo, seja pelo uso desenfreado, seja por estar na rua ou mesmo em contato com outros usuários e traficantes, correndo assim, risco à sua integridade física, psíquica e emocional, deve o Estado priorizar pelo direito à vida, à saúde, à educação, à alimentação, ao respeito como

pessoa, à sua dignidade humana, mesmo que esteja violando, temporariamente o seu direito à liberdade (NOGUEIRA, 1998).

3 - Princípio da Municipalização - toda e qualquer política pública de proteção à criança e ao adolescente atenderá com prioridade os interesses e necessidades locais. No Brasil, quem opera, em regra, são os municípios (CANOTILHO, 1998).

Todo ser humano tem direito à vida, à saúde, à educação, à liberdade, ao lazer, à cultura, à igualdade e ao esporte. Destarte, os direitos fundamentais vieram com o objetivo de fazer valer esses direitos, para que todos pudessem ter garantia de que estes seriam cumpridos, ou seja, os direitos fundamentais vão limitar e condicionar o estado em sua atuação (CANOTILHO, 1998).

O direito à saúde, por exemplo, é um direito de todos. Ter saúde não quer dizer ausência de doenças e sim, estar bem, buscando com isso, seu bem-estar físico, mental e social. Assim, é um direito fundamental especial da criança e do adolescente, uma vez que sabemos ser este, o futuro da humanidade. É um direito fundamental homogêneo. Cabe à família, comunidade ao poder público zelar para que crianças e adolescentes possam desenvolver uma vida saudável, desde a concepção até a maioridade (ÀVILA, 2005).

Assim, a atenção à criança e ao adolescente deve ser dada de tal forma que possa proporcionar a esses jovens o bem-estar físico e mental. A saúde psíquica deve ser observada com acuidade, o comportamento da criança e adolescente deve ser visto a todo instante, principalmente na escola, onde o jovem está mais vulnerável a ter amigos que possam influenciá-lo no uso de drogas. A fase escolar é propícia a novos conhecimentos (MACHADO, 2003).

Cabe ao Poder Público elaborar as políticas sociais com o intuito de poder garantir o mínimo às famílias, buscando, destarte, a prestação de serviços de saúde eficientes e eficazes. O artigo 11 da Lei n. 8.069/90 assegura, “atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação saúde.” (ELIAS, 2005).

Sabemos infelizmente, que a crise social e econômica de muitas famílias impede uma moradia digna e uma vida saudável, como o direito de ter água tratada e encanada, saneamento básico, acesso à escola, boa alimentação e às informações, tudo isso, influenciado pelo meio em que vivem, esses problemas vivenciados pelos jovens, acabam por desanima-los, seja criança, seja adolescente e sem uma

perspectiva de um futuro melhor e promissor, deixam de lutar por uma vida mais digna. Podemos ver o reflexo disso nas grandes filas de hospitais públicos que não conseguem atender a demanda e nos problemas sociais de tantas crianças serem “criadas” nas ruas, sem o mínimo de higiene e dignidade humana. Acabam, destarte, por optar, ou mesmo, sem terem grandes expectativas por uma vida melhor, escolhendo o caminho mais fácil que é o envolvimento com as drogas, seja para fugir daquela realidade, seja para sentir o falso prazer (LIBERATTI, 2004).

O esforço da sociedade e do Poder Público por uma mudança é necessário para que possamos alterar essa triste realidade em que estamos vivenciando no nosso dia-a-dia, seja nos grandes centros, interiores e agora na área rural, onde, infelizmente, o uso do *crack* tornou-se um problema, ainda sem solução. Devemos ter em mente, portanto, que essas mudanças não podem ser feitas do dia para a noite, requer planejamento e compromisso de todos e trata-se de uma política de médio a longo prazo. A curto prazo, a melhor solução seria a busca por meio de políticas públicas preventivas, através de campanhas nacionais e regionais de todo tipo de prevenção como vacinação, programas educativos, educação integral, a orientação de uma futura gravidez precoce e a prevenção ao uso de drogas. A forma integral de proteção a todo e qualquer ser humano e a prioridade por uma vida digna e saudável, está nas mãos de cada um de nós, pois, todos que vivemos em sociedade devemos contribuir e fazer a nossa parte, buscando o melhor para nossas crianças e adolescentes (LÔBO, 2004).

Uma mudança importante no século XX foi a conscientização da sociedade de que havia uma grande necessidade de mudanças em relação à criança e ao adolescente. Esses jovens eram tratados como adultos fossem e não havia uma política de prevenção voltada para crianças e adolescentes. O adolescente quando infrator, era tratado do mesmo modo que um adulto, recebendo, destarte, as mesmas penas e sanções e encarcerado no mesmo ambiente, crianças, adolescentes e adultos ocupavam um mesmo espaço. As duas grandes guerras mundiais contribuíram para que a sociedade lograssem por mudanças (SANTOS, 2012).

Preocupados com o destino da sociedade, muitos lutaram para que o mundo pudesse sofrer uma reviravolta, as grandes conquistas foram os pactos internacionais como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovado pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1948, a Convenção Americana sobre Direitos Humanos ou “Pacto de San José”, de 1969 e a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, aprovada em 1969 pelas Nações Unidas. Tudo isso, com o intuito de prevenção e proteção a criança e ao adolescente (NOGUEIRA, 1991).

A Doutrina da proteção Integral busca garantir o efetivo exercício de todos os direitos fundamentais, sem distinção de raça, cor, sexo, situação financeira ou mesmo da condição física ou mental da criança e do adolescente (SILVA, 1992).

Podemos concluir de todo o exposto que ainda há muito a ser feito e que o Estatuto da Criança e do Adolescente, apesar de ser uma Lei que busca a proteção Integral da criança e do adolescente, ainda está em construção. Fica nítido a certeza de que, para que possa haver realmente uma mudança é preciso bem mais do que leis e estatutos, para pensarmos em construir um mundo mais humano e uma vida mais digna. É preciso mais amor, compreensão, atitude e vontade de mudar, enfim, é preciso querer mudar e fazer a diferença.

## CONCLUSÃO

É tempo de compreendermos com maior clareza que vivemos num mundo interdependente onde os problemas existem, são de ordem social, econômica e espiritual, encontram-se interligados e deve haver a cooperação no desenvolvimento de estratégias integradas com o intuito de solucioná-los. As drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, trazem grandes perdas, não só aos jovens, adolescentes e adultos bem como às famílias, amigos, parentes, pais, educadores e a sociedade em geral, pois destrói aquilo que há de mais precioso em nossa existência: a nossa saúde, o nosso bem estar, o desejo de estar vivo, de lutar, sonhar e fazer as coisas normais das quais uma pessoa sob forte dependência não consegue fazer. É de extrema importância que todos saibam e tenham consciência do grande problema que é termos jovens dependentes de substâncias que causam tantas destruições, nos lares, nas famílias e em toda a sociedade.

O Estatuto da Criança e do Adolescente prevê a valorização familiar na aplicabilidade das medidas específicas de proteção. Porém, a família encontra-se com acesso restrito às políticas sociais e sem suporte algum para que consiga ajudar suas crianças, não podendo, destarte, cumprir com suas obrigações do poder familiar. Os valores interiores devem ser ressaltados nos jovens e adolescentes e aquele que quer mostrar aos amigos que é diferente, não pode se deixar levar por delinquentes que pensam estar fazendo a diferença no mundo ao consumir drogas. O diferente é aquele que é saudável, aquele que consegue vencer a pressão e dizer não na hora certa, é aquele que pode e muito influenciar outros jovens a não usarem drogas, podendo mudar o futuro daquela massa que usa. Isso é ser diferente é fazer diferença.

Infelizmente, das drogas mais prejudiciais, o *crack* é o que mais destrói o ser humano, tornando-o incapaz de querer vencer ou mesmo lutar contra o vício. A droga tem levado, invariavelmente, adultos, jovens, e, sobretudo, nossas crianças, à experiência letal de seu uso. O *crack* reproduz no cérebro de seu usuário as mesmas percepções do esquizofrênico paranóico, em vista disso o usuário tem a sensação de estar sendo constantemente vigiado, achando que alguém o persegue. Fica, portanto, nítido a incompatibilidade do convívio social, onde as demais pessoas que estão ao lado do usuário correm o risco de serem feridas.

É extremamente importante que as autoridades busquem uma forma de combater essa epidemia que assola a nossa sociedade, dando um maior suporte àquelas pessoas que se encontram nesta situação por vezes tão deprimente. O combate ao *crack* deve ser feito com urgência, uma vez que cada vez mais crianças, jovens e adultos estão sendo vítimas dos traficantes.

As autoridades e principalmente o legislador precisam reconhecer que há uma imediata necessidade de enfrentar o problema do *crack*, de forma a combater com políticas públicas eficientes, não podendo mais permanecer omissos, diante dos efeitos destruidores desta droga. Não nos restam dúvidas de que traficantes e pequenos traficantes precisam ser barrados e banidos das ruas, para que os jovens não possam ter onde sustentar seu vício.

Além de atentarmos pela crescente epidemia já constatada em quase todas as capitais brasileiras e em outros países, deve-se destacar a gravidade dos casos atuais, especialmente, com relação aos vínculos de violência e a criminalidade, uma vez que estes fenômenos crescem assustadoramente e na mesma proporção que o número de usuários. Atualmente o *crack* é a droga que mais causa devastação no organismo do usuário.

O caminho para vencer esse grande desafio que é o *crack* passa por constantes modificações ao longo dos anos, pois, apesar de estarmos vivendo com essa realidade tão profundamente, onde podemos ver em praticamente todos os lugares, jovens, crianças, adultos, mulheres grávidas e todo tipo de pessoas e classes sociais, o consumo de droga, em especial o *crack*, apresenta várias facetas das quais as políticas de prevenção, de repressão do tráfico e de tratamento dos dependentes, devem ser vistas em conjunto. Tratar do problema de forma isolada e individual, não será possível realizar nada. Famílias, escolas, organizações sociais e poder público devem trabalhar juntos com o intuito de combater, repressão e prevenção ao uso de drogas, em especial o *crack*. Essa é uma condição indispensável para o sucesso de uma empreitada tão penosa, difícil e necessária.

Devemos ter em mente que este é um caso de emergência e de saúde pública, apesar de sua difusão ter menos de uma década, onde hoje, pode-se dizer que há mais consumidores. Em termos históricos é uma novidade recente, o que talvez explique o fato de que ainda não se tenha produzido caminhos consensuais

incontestáveis, seja nas políticas públicas, tanto preventivas quanto curativas. É um drama social que leva milhares de famílias ao completo desespero, tristeza e desequilíbrio emocional, tanto em grandes metrópoles como em pequenas cidades e atualmente a área rural também está sendo gravemente afetada. Os cortadores de cana com a ilusão de que usar *crack* irão auxiliá-los a ter ânimo de cortar uma maior quantidade de cana, acabam por perder sua liberdade e cada vez mais ficam enfraquecidos e vivendo única e exclusivamente para o *crack*.

Valorizar a família, buscando inúmeras opções de acolhimento à infância/ juventude fora dos muros das instituições que somente aterrorizam, garantindo a estes, o direito à permanência em instituições adequadas ao seu caso. Desse modo, amplo espaço se abre para diálogos e soluções, basta querer fazer a diferença.

As perspectivas para o futuro de usuários de drogas não são promissoras. Caminhos para solucionar os problemas relacionados ao uso indevido de drogas ilícitas existem, mas é preciso que haja uma política pública que realmente queira fazer uma prevenção, um acompanhamento sério e que essa política seja conjunta com as famílias dos usuários, proporcionando não só ao jovem usuário, mas também às famílias médicos, psicólogos, psiquiatras, atendimento diferenciado à família e ao dependente, trazendo a esse jovem lazer, ocupação como oficinas de pintura, cerâmica, artesanato e buscando, destarte, uma integração do jovem com a sociedade, dando oportunidades a esse jovem de se fortalecer, sair da “turma”, do ambiente, antes tão convidativo. Na oportunidade, é conveniente conscientizar famílias, sociedade e principalmente os jovens, de que as drogas proporcionam um falso prazer, um prazer temporário e que o usuário, ao descobrir isso já estará tão envolvido com ela, tão dependente que, lamentavelmente, se encontrará no fundo do poço. Usando as palavras do grande mestre, psiquiatra e psicodramatista Içami Tiba:

“Se o anjo caiu, devemos trazê-lo de volta com perseverança e coragem. Se não caiu, convém saber que o único controle que qualquer pessoa tem sobre a droga é não experimentá-la.”



## BIBLIOGRAFIA

AARÃO, Bruna de Fátima Chaves. O Advento do *Crack* no Conceito político brasileiro. In: SAPORI, Luis Flávio; MEDEIROS, Regina. *Crack um Desafio Social*. Belo Horizonte. Ed. PUC Minas, 2010. Pág. 81-100.

AMIN, Andréa Rodrigues. Curso de Direito da Criança e do Adolescente. Dos Direitos Fundamentais. São Paulo. Ed. Saraiva, 2013.

ÁVILA, Humberto. Teoria dos Princípios. Da definição à aplicação dos princípios jurídicos. 4. ed. São Paulo: Malheiros, 2005.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70. 1998.

BARATA, Alessandro. Criminologia Crítica e Crítica do Direito Penal. Introdução à Sociologia do Direito Penal. Rio de Janeiro: editora Revan: Instituto Carioca de Criminologia, 6ª edição, outubro de 2011.

BECK, A.T. A Grande Depressão em Nova York. O Tratamento de Adolescentes com Transtornos por Uso de Substâncias Psicoativas. 1993.

BESSA, Marco Antônio. Avaliação e Conduta em Situações Específicas. O Adolescente Usuário de *Crack*. In: RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. (Org.). Epidemiologia. O Tratamento do Usuário de *Crack*. 2 ed. Porto Alegre: artmed, 2012. Pág.619-629.

BLUMSTEIN, A. Youth violence, guns and the illicit drug industry. The journal of criminal law & criminology, v.86, n.1, 1995.

BORREL, C. Mortalidade entre usuários de *crack*. Trends in Young adult mortality in three European cities: Barcelona, Bologna and Munich, 1996 – 1995.

BRANCHER, Leoberto Narciso. Organização e gestão do sistema de garantias de direitos da infância e da juventude. Encontros pela justiça na educação. Brasília: Fundescola/MEC, 2000.

BRASIL, R; CARAMANTE, A. Polícia apreende 60kg de nova droga: oxi derivado da pasta base de cocaína misturado com ácido, querosene e outros oxidantes, é vendido por R\$ 2 em São Paulo. Folha de São Paulo. 2 de maio 2011; Caderno Cotidiano: C7.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado federal, 2010.

BRASIL. Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11.343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11.343.htm)> Acesso em 12 dez.2012.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento de Polícia Federal. Coordenação Central Policial. Divisão de Repressão a Entorpecentes. Manual de Polícia de Repressão a Entorpecentes. As Drogas. Brasília, 1983. Pág.B –II- 021 – 039.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/ Aids. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: [http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03\\_0277\\_%20M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0277_%20M.pdf). Acesso em: 13 de fevereiro 2013.

BRASIL. Lei n.6.368, de 21 out. 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1976. Disponível em: <http://www.omid.mg.gov.br/>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2013.

BRASIL. Gabinete de Segurança Institucional, CONAD, Resolução n.3, de 27 out. 2005. Aprova a política pública nacional sobre drogas. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2005. Disponível em: [http://www.almg.gov.br/eventos/imagens/politica\\_nacional\\_antidrogas.pdf](http://www.almg.gov.br/eventos/imagens/politica_nacional_antidrogas.pdf). Acesso em: 10 março de 2013.

BROWS, S. A.; VIK, P.N.; CREAMER, V. “Characteristics of relapse following adolescent substance abuse treatment: *Addictive behaviors* 1989, 14:291-300.

CANOTILHO, J.J. Gomes. Direito Constitucional e Teoria da Constituição. Coimbra: Almedina, 1998.

CAREY, K. B.; CORREIA, C. Severe mental illness and adictions: assessment considerations. *Addictive Behat*, 1998; Pág. 735-45.

CARNEIRO, Henrique. *Pequena enciclopédia da história das drogas e bebidas: histórias e curiosidades sobre as mais variadas drogas e bebidas*. Rio da Janeiro: ed. Elsevier, 2005b.

CARNEIRO, Ivete. Descriminalização das drogas em Portugal surpreende nos EUA. *Jornal de Notícias Nacional*, 11 abr. 2009. Disponível em: [http://jn.sapo.pt/Paginalnicial/Nacional/Interior.aspx?content\\_id=1198578](http://jn.sapo.pt/Paginalnicial/Nacional/Interior.aspx?content_id=1198578). Acesso em: 19 jul. 2010.

CEDICA. Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente. *Cadernos de Estudos III. Conferência Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente – Secretaria do Trabalho, Cidadania e Assistência Social – STCAS – e Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente – CEDICA – RS, s/d.*

CENTRO DE PESQUISAS EM SEGURANÇA PÚBLICA. *Os impactos do crack na saúde pública e na segurança pública*. Belo Horizonte: PUC Minas, 2010.

CLARK, D. B.; POLIOCK, N; MEZZICH, A.C.; BROMBERGER, J.T.; DONAVAN, J. E. “Gender and comorbid psychopathology in adolescents with alcohol dependence.” *Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997, 36 (9): 1195-203.

COMISSÃO LATINO-AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA. *Drogas e Democracia: rumo a uma mudança de paradigma*. 2008. Disponível em: [http://www.abead.com.br/imgs/declaração\\_comissão\\_latinoamericana.pdf](http://www.abead.com.br/imgs/declaração_comissão_latinoamericana.pdf). Acesso em: 13 de dezembro de 2012.

CNPq. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. *Início*. Brasília, 1949. Disponível em: <http://www.cnpq.br>. Acesso em: 04 de agosto de 2011.

CORREIA, Filho, A.G., & Pastura, G. (2003). *As Medicções Estimulantes*. Em L. A. Rohde & P. Mattos (ORGs). *Princípios e práticas em TDAH – Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. Porto Alegre: Editora: Artmed. Pág. 161-173.

CORREIA, Filho, G. A., & Pastura, G. (2003). *As Medicções Estimulantes*. Em L. A. Rohde & P. Mattos (ORGs). *Princípios e práticas em TDAH – Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. Porto Alegre: Editora: Artmed. Pág. 35-52.

COSTA, A. C. G. Protagonismo Juvenil - um jeito novo para a cidadania. Mimeo. São Paulo: Instituto Ayrton Senna, Fundação Banco do Brasil e Fundação das Associações Atléticas do Banco do Brasil. 1998.

CRATOD. Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas. Início. São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/cratod-centro-de-referencia-de-alcool-tabaco-e-outras-drogas>. Acesso em: 30 de janeiro 2012.

DIAS, A. C. Mortality rate among crack/cocaine-dependent patients: a 12-years prospective cohort study conducted in Brazil. J. Subst Abuse Treat. Em: 5 de mai. de 2011.

DIAS, A. C.; RIBEIRO, Marcelo; DUNN, j.; SESSO, R.; LARANJEIRA, Ronaldo. Follow-up-study of crack cocaine users situation of the patients after 2, 5, and 12 years. Subst Abus, 2008. Pág.71-79.

DOMANICO, Andrea. Craqueiros e cracados: bem vindo ao mundo dos noias! Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de *crack* nos cinco projetos-piloto do Brasil. Salvador: A, Domanico, 2006.

EDUARDO, Victor; GONÇALVES, Rios. Sinopses Jurídicas. Legislação Penal Especial. 9 ed. São Paulo: Saraiva, 2012. Pág.31-76.

ELIAS, Roberto João. Direitos fundamentais da criança e do adolescente. São Paulo: Saraiva, 2005.

ESCOHOTADO, Antônio. O livro das drogas: usos e abusos, desafios e preconceitos. São Paulo: Dyanamis Editorial, 1997.

FANTAUZZI, Gustavo dos Santos; AARÃO, Bruna de Fátima. O Advento do *Crack* no Contexto Político Brasileiro. In: SAPORI, Luis Flávio; MEDEIROS, Regina. (Org.). *Crack* um desafio social. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2010. Pág.81-100.

FIORE, Maurício. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca dos debates institucionais e jurídicos. In: SAPORI, Luis Flávio; MEDEIROS, Regina. *Crack* um desafio social. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2010. Pág.82-100.

FIORE, Maurício. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca dos debates institucionais e jurídicos. In: CARNEIRO, Henrique; VENÂNCIO, Renato Pinto. *Álcool e drogas na história do Brasil*. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2005.

FIORE, Maurício. Uso de “drogas”: controvérsias médicas e debate público. Campinas: Mercado das letras, 2007.

FLYNN, P. M.; BROWS, B. S, Co-occurring disorders in substance abuse treatment issues and projects. I *Subst Abuse Treat*, 2008, Pág.566-76.

FRANCO, Sandra. A Internação Compulsória de Dependentes Químicos é Eficaz? São Paulo. <http://saudeweb.com.br/35129/a-internação-compulsória-de-dependentes-químicos-e-eficaz/>. 18 de fev.2013.

FREIRE, P. Seis propostas para o próximo milênio. ed. Companhia das Letras. São Paulo, 1996.

GALDURÓZ, J. C. F; NOTO, A. R.; CARLINI, E. A. IV Levantamento Sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras. UNIFESP/CEBRID, 1997.

GOLDSTEIN, P. The drugs/violence nexus: a tripartite conceptual framework. *Journal of drugs*, v. 14, 1985.

GOLDSTEIN, P. et.al. Crack and homicide decline in New York City in the 1990s. *Criminology*,v.45, n.2, 2007.

HAMID, A. Crack: new directions in drug research. Part 1. Differences between the marijuana economy and the cocaine/crack economy. In *J Addict*, 1991.

INPAD. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas. Início. São Paulo, 1994. Disponível em: <<http://www.inpad.org.br/inpad>>. Acesso em: 23 de junho de 2012.

JESUS, Damásio de. Lei Antidrogas Anotada.10ºed. São Paulo: Saraiva, 2010.

KAMINER, Yifrah; SZOBOT, Cláudia. O Tratamento de Adolescentes com Transtornos por Uso de Substâncias Psicoativas. In: PINSKY, Ilana; BESSA, Marco Antônio. (ORG). *Adolescência e Drogas*. 2 ed. 1º reimpressão. São Paulo: Contexto, 2009. Pág.164-177.

KARAM, M. L. Um olhar sobre a política proibicionista. *Revista Psicologia Ciência e Profissão: diálogos*, ano 6, n.6, Nov. 2009.

KOLLER, Karine. Avaliação Clínica. In: RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. . (Org.). *O Tratamento do Usuário de Crack*. 2 ed. Porto Alegre: artmed, 2012. Pág. 265-287.

LABROUSSE, Alain. *Geopolítica das Drogas*. São Paulo: Desatino, 2010. Pág. 86-100.

LARANJEIRA, Ronaldo; ZALESKI, Marcos. Políticas Públicas Relacionadas ao Consumo de *Crack*. Políticas Públicas. In: RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. (Org.). *O Tratamento do Usuário de Crack*. 2 ed. Porto Alegre: artmed, 2012. Pág.632-649.

LASCHER, Auro Dany; LOUREIRO, Cláudio Silva. A pedras ardente dos excluídos. *Scientific American Brasil: Edição Especial – Drogas*, São Paulo, n.38, p.45-47, 2010.

LIMA, Luciana Pires de; FONSECA, Vilma Aparecida da Silva; RIBEIRO, Marcelo. Neurociência Aplicada ao tratamento do Consumo de *Crack*. Neurobiologia da dependência de *Crack*. In: RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. (Org.). *O Tratamento do Usuário de Crack*. 2 ed. Porto Alegre: artmed, 2012. Pág. 144-159.

LIBERATI, Wilson Donizeti. *Comentários ao Estatuto da Criança e do Adolescente*. São Paulo: Malheiros, 2004.

LÔBO, Paulo Luiz Netto. A repersonalização das relações de família. *Revista Brasileira de Direito de Família*, Porto Alegre, n. 24, jun/jul., 2004.

MACHADO, Ana Regina. *Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde no Brasil para usuários de álcool e outras drogas*. Belo Horizonte: UFMG, 2006. Pág.130-156.

MARLATT, G. A.; GORDON, J. R. (Eds). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*, 1985. New York: Gilford Press.

MATTOS, P. *No Mundo da Lua: perguntas e respostas sobre o transtorno de déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos*. 4ed. São Paulo: Editora Lemos, 2003.

MELO, Maria de. A coragem de crescer. Rio de Janeiro. Ed: Record, 2005. Pág. 35-60.

MORAIS, Paulo César de Campos. Mitos e omissões: repercussões da legislação sobre entorpecente na Região Metropolitana de Belo Horizonte. In: MORAIS, Paulo César de Campos. Violência. Belo Horizonte: Editora Fumec, 1999.

NAPPO S. Aparecida; GALDURÓZ. Uso do *Crack* em São Paulo. História do Usuário e História Natural do Consumo. In: RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. (Org.). O Tratamento do Usuário de *Crack*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. Pág.50-54.

NAPPO, Solange Aparecida. Análise qualitativa do uso de cocaína: um estudo em São Paulo. In: LEITE, Marcos da Costa; ANDRADE, Arthur Guerra. *Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento*. Porto Alegre: Artemed, 1999.

NOGUEIRA, Paulo Lúcio. Estatuto da Criança e do Adolescente. São Paulo: Saraiva, 1991.

NUCCI, Guilherme de Souza. Leis penais e Processuais Penais – Comentadas. 6 ed. revista, reformada e atualizada. São Paulo. Ed. Revista dos Tribunais., 2012. Pág.221-255.

OLIVEIRA, Ana Carolina Schmidt. Características do Crack e Cocaína. São Paulo: Ed. Artemed, 2008. Pág.545-87.

OLIVEIRA, Lúcio Garcia; NAPPO, Solange Aparecida. Caracterização da cultura de *crack* na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.42, n.4, 2008, p.664-671.

ONU. Organização Mundial da Saúde. Classificação de Transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Ed. Artmed, 1993.

PAIXÃO, Antônio Luiz. Problemas Sociais, políticas Públicas. In: ZALUAR, Alba (Org.). Drogas e Cidadania: repressão ou redução de riscos. São Paulo: Brasiliense. 2009. Pág.7-23.

PERRENOUD, Luciane Ogata; RIBEIRO, Marcelo. Epidemiologia. Histórico do Consumo de *Crack* no Brasil e no Mundo. In: RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA,

Ronaldo. (Org.). O Tratamento do Usuário de *Crack*. 2 ed. Porto Alegre: artmed, 2012. Pág.33-37.

RIBEIRO, Marcelo; DUALIBI, Ligia Bonacin; PERRENOUD, Luciane Ogata; SOLA, Vanessa. História Natural do Consumo de *Crack*. Perfil do Usuário e História Natural do Consumo. In: RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. (Org.). O Tratamento do Usuário de *Crack*. 2 ed. Porto Alegre: artmed, 2012. Pág.39-48.

RIBEIRO, Marcelo; NAPPO, Solange; SANCHEZ, Zila Van Der Neer. História Natural do Consumo de *Crack*. Aspectos Socioculturais do Consumo de *Crack*. In: RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. (Org.). O Tratamento do Usuário de *Crack*. 2 ed. Porto Alegre: artmed, 2012. Pág.50-55.

RIBEIRO, L. A. Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. São Paulo: Universidade federal de São Paulo, 2010.

SALLES, L. M. F. Adolescência, escola e cotidiano: contradições entre o genérico e o particular. ed. UNIMEP. Piracicaba - São Paulo, 1997.

SAMPI, S.; KADDEN, R. *Motivation Enhancement Therapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Cannabis Users: 5 sessions*. 2002. Cannabis Youth Treatment Series, volume I. Substance Abuse and Mental Health Services Administration; Cannabis Youth Treatment (CYT) Manual Series, 4, Rockville, MD: Center for Substance Abuse, 2002.

SANTOS, Ângela Maria Silveira dos. Curso de Direito da Criança e do Adolescente. Prevenção. Ed. Saraiva. São Paulo, 2013.

SAPORI, Luis Flávio; SENA, Lúcia Lamounier. Consumo de *Crack* e Violência. *Crack e Violência Urbana*. In: RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. (Org.). O Tratamento do Usuário de *Crack*. 2 ed. Porto Alegre: artmed, 2012. Pág.74-90.

SAPORI, Luis Flávio; SENA, Lúcia Lamounier; SILVA, Bráulio Figueiredo Alves da. A Relação entre o Comércio do *Crack* e a Violência Urbana na Região Metropolitana de Belo Horizonte. In: SAPORI, Luis Flávio; MEDEIROS, Regina (Org.). *Crack um desafio social*. Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2010. Pág.38-79.

SAPORI, Luis Flávio. A segurança pública no Brasil: desafios e perspectivas. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2007.



SENA, Lúcia Lamounier. A Relação entre o Comércio do *Crack* e a Violência. In: SAPORI, Luis Flávio; MEDEIROS, Regina. *Crack* um Desafio Social. Blo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2010. Pág.38-77.

SENAD. Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas. II levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país-2005 (Internet). Brasília: SENAD; 2006. Disponível em <http://www.cebrid.epm.br>.

SILVA, Roberta Marques da. *A construção social dos problemas associados às drogas: o estudo do Brasil, Colômbia, Estados Unidos, Holanda e Portugal*. Belo Horizonte: PUC Minas, 2004.

SILVA, Vilma Aparecida da.; MATTOS, Hécio Fernandes. O início do uso: simples experiência ou indicação de vulnerabilidade? In: PINSKY, Ilana; BESSA, Marco Antônio. (ORG). *Adolescência e Drogas*. 2 ed. 1º reimpressão. São Paulo: Contexto, 2009. Pág.40-44.

TAMELINI, M. G.; MARTINS, A. C. P. Abuso e dependência de substâncias psicoativas. In: Cavalcanti EFA; Martins HS, editores. *Clinica Médica dos sinais e sintomas ao diagnostico e tratamento*. Barueri: Ed. Manole, 2007. Pág.1050-64.

TIBA, Içami. *Anjos Caídos*. Ed. Integrare. São Paulo, 2005.

UNIAD. Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas. Início. São Paulo, 1994. Disponível em: <<http://www.uniad.org.br/uniad>>. Acesso em: 23 de junho de 2012.

UNIFESP. Universidade Federal de São Paulo. Início. São Paulo, 1933. Disponível em: <<http://www.unifesp.br>>. Acesso em: 24 de setembro 2012.

UNODCCP. United Nations Office for Drug and Crime Presentation. *Global illicit drug trends*. Vienna, 2010.

UNODOC. United Nations Office on Drug. *Word Drug Report. Terminology and information on drug*. New York: UNODOC; 2003.

ZALESKI, Marcos. Políticas Públicas. In: RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. (Org.). *O Tratamento do Usuário de Crack*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. Pág.633-650.

