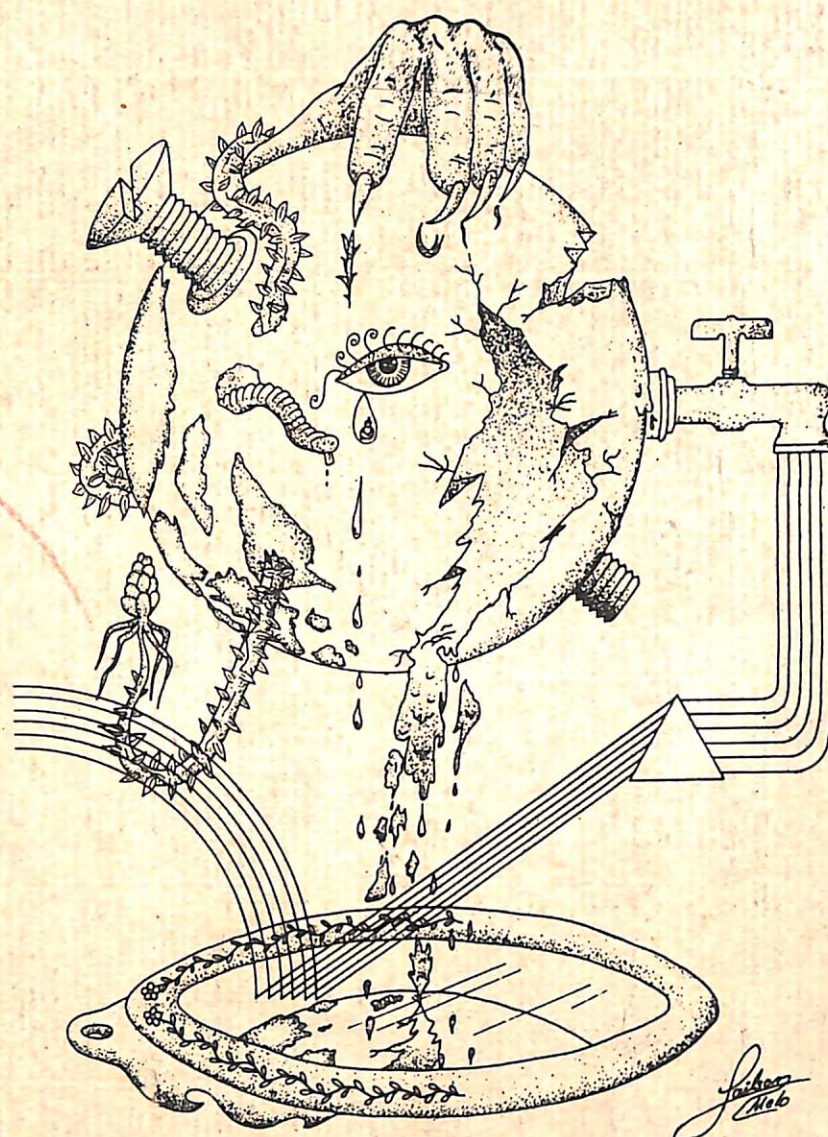


UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Mestrado em Antropologia

Janirza
Cavalcante da Rocha Lima



Espelho Quebrado -Algafan & Desvio

RECIFE, JUNHO/1987

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
MESTRADO EM ANTROPOLOGIA

ESPELHO QUEBRADO - ALGAFAN & DESVIO

JANIRZA CAVALCANTE DA ROCHA LIMA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
ORIENTADOR: LUIZ GONZAGA DE MELLO

Apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Antropologia da
Universidade Federal de Pernambuco
para obtenção do Grau de Mestre em
Antropologia.

Recife, junho de 1987

SAB^o
FQV^o

PE-00033845-7

Universidade Federal de Pernambuco
BIBLIOTECA CENTRAL
CIDADE - NIVELITÁRIA
50000 - Recife - Pernambuco - Brasil

4290-26-11-87

2/89

Acervo: 51312

IV.06

A JULIÃO, meu marido

Igor, Yuri e Dimitri, meus filhos,
pelas horas de estudo roubadas ao seu
convívio.

"...Meu campo de visão ondulava e
estava distorcido como a imagem
num espelho quebrado..."

Careca, dependente de
Algafan.

AGRADECIMENTOS

Os agradecimentos que afloram nos trabalhos concluídos podem parecer um ritual burocrático dispensável. Mas, não considero irrelevante registrar o meu reconhecimento aos que tornaram possível este estudo. Na verdade, o trabalho em foco relaciona-se com minha vida profissional. Resulta de um esforço de buscas, incertezas, descobertas e aprendizado. Não é trabalho solitário. Pessoas e Instituições tornaram-no material, intelectual e emocionalmente possível. A estas devo o mais íntimo agradecimento, com a consciência nítida de que o trabalho intelectual, talvez mais do que qualquer outro, é obra coletiva.

Ao mestre de muitas gerações, antropólogo Waldemar de Figueiredo Valente, que me iniciou no campo da Antropologia, ainda quando estudante de graduação em Ciências Sociais, devo proveitosas sugestões, dessas que só o conhecimento teórico e a prática da Antropologia conferem a cientistas sociais.

Ao responsável pela complexa tarefa de orientador de dissertação, Mestre Luiz Gonzaga de Mello, desejo registrar meu apreço e respeito, pela conduta sempre fraterna e amistosa com a qual conduziu nossas discussões, às vezes, bastante exaltadas. Sua tolerância e abertura ao diálogo são expressões cabais da maturidade e honestidade intelectual que o caracterizam como pessoa e como profissional.

Meu reconhecimento à co-orientadora Dra. Danielle Perin Rocha Pitta, pelas críticas fecundas, que permitiram

incorporar valiosas sugestões ao trabalho.

Agradecimentos, à Fundação Joaquim Nabuco. Esta referência, porém, não poderia se revestir de impessoalidade. Na verdade, foram Aldenoura Farias de Amorim, Ignês Aguiar, Lúcia Moreira, Iracema Campina, Lia Pandolfi, Moisés Cruz, Arnaldo Tobias, Eugênia Simões, Mércia Bezerra, Nilson Costa e Silva, Júlio Rique, Maria Helena Camarotti, Antônio Carlos Figueira, Maurício Costa, Marileide Vaz, Vandete Medeiros, Antônio C. Montenegro, André Vieira, que, em circunstâncias distintas, por ocuparem diferentes funções e pelos diversos graus de sensibilidade quanto à importância do estudo, contribuíram vigorosamente para o desenvolvimento de um clima favorável à conclusão e redação final do trabalho.

Caberia mencionar, ainda, o colega Adonias Martins de Lima e a equipe terapêutica da Divisão de Serviços Técnicos, onde realizei observações e obtive informes. Sem este apoio, cooperação e companherismo, jamais poderia ter chegado a bom termo o estudo.

Externo, mui especialmente, meus agradecimentos à minha atual diretora, Anatailde de Paula Crêspo, do Departamento de Cooperação Externa da FUNDAJ, que, revisando os textos originais, sugeriu alterações valiosas, além de corrigi-los gramaticalmente, permitindo-me, ainda, pelo convívio, usufruir das suas qualidades pessoais.

Agradeço ao documentalista Edson Nery da Fonseca, pelos esclarecimentos na ordenação e na forma de apresentar o

acervo bibliográfico coletado.

Desejo registrar a eficiente cooperação da bibliotecária Maria do Carmo Andrade Marques de Oliveira da Biblioteca Blanche Knopf, ao solicitar, pela COMUT, diversos documentos importantes e decisivos ao estudo, além de orientar e normalizar as referências bibliográficas.

Um agradecimento especial a Dra. Cecília Maria Domenica Saniotto DiLascio, Anaximandro Orleans Calle de Paula, Regina Sales Souza Leão, e a Jailza Cavalcante, a quem devo o estímulo e a coragem para investir empiricamente no tema aqui tratado. É importante sublinhar minha gratidão a Anatailde de Paula Crêspo e Teresa Suassuna, que, apesar de suas inúmeras atividades, encontraram tempo e disposição para fazer a versão do resumo para o espanhol, inglês e francês.

Cabe registrar que a revisão gramatical definitiva do trabalho coube à Prof. Flávia Suassuna.

Meu maior débito intelectual quanto a esta dissertação foi contraído com meu marido, José Julião da Rocha Lima Júnior, pelas estimulantes discussões que mantivemos, o encorajamento nas horas de incerteza, as críticas fecundas e, sobretudo, pela paciência, confiança e interesse com que acompanhou todas as fases do trabalho. A ele deixo, aqui registrada, minha gratidão, que, na realidade, por ser imensa e profunda, simplesmente não cabe em palavras.

A autora

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	IV
RESUMO.....	ix
INTRODUÇÃO	01
CAPÍTULO I- DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA.....	28
1.Os Problemas da Pesquisa e a Decisão Metodológica.....	29
2.Instrumentos e Coleta de dados.....	35
3.Abordando o Dependente.....	40
CAPÍTULO II-POR DETRÁS DE MUITAS MÁSCARAS.....	52
1.A representação social das drogas.....	54
2.Ciclos Legislativos.....	57
2.1.Primeiro ciclo.....	57
2.2.Segundo ciclo.....	67
3.Acordos Internacionais.....	75
CAPÍTULO III-ALGAFAN NA CARNE:A OUTRA FACE DA DROGA.....	79
1.Algafan:fisiologia básica e efeitos de uso crônico.....	80
2.Algafan na carne:o processo de rotulação.....	89
CAPÍTULO IV-CAINDO NA ARMADILHA.....	107
1.A caminho da "recuperação":os canais do poder.....	109
2.A dialética das ordens opostas:os agentes da repressão..	115
3.Divisão de Serviços Técnicos(DST):decodificação da Lei 6.368 ou reforço à condição desviante?.....	119
3.1.Organização interna e rotina de trabalho.....	124
3.2.Relações internas.....	127
3.3.Processo terapêutico.....	132
CAPÍTULO V- UMA VEZ OUTSIDERS.....	136
1.Da produção à reprodução da identidade desviante:	

acusados e acusadores.....	138
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	149
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	160
1.Dos textos consultados.....	161
2.De outros textos sobre o assunto.....	196
ANEXOS.....	210
GLOSSÁRIO.....	213
A-De termos técnicos.....	213
B-De gíria.....	214

RESUMO: ESPELHO QUEBRADO: ALGAFAN & DESVIO. A farmacodependência é um fenômeno de todos os tempos e de todos os povos. É um fenômeno permanente, variando segundo o critério relativo das normas sócio-culturais de cada sociedade, numa dada época. Através dos tempos, o homem utilizou substâncias diversas no intuito de modificar sua percepção do mundo e transformar sua vivência subjetiva. Este estudo objetiva verificar, na prática, até que ponto a condição de desviante (usuário de Algafan) é sancionada e reforçada pelo aparelho institucional. O referencial empírico foi a Divisão de Serviços Técnicos da Secretaria da Segurança Pública de Pernambuco, onde se operacionaliza o disposto no Decreto-lei n. 6.368 e tendo dentre a clientela atendida, o dependente de Cloridrato de Destro-propoxifeno, conhecido comercialmente sob o nome de Algafan Composto. Apoiada em dados secundários, entrevistas e, sobretudo, na observação participante, a análise se desenvolve em três momentos: inicialmente, procura explicitar como se configura o usuário de Algafan; numa segunda etapa, tenta delinear os momentos marcantes da produção da identidade desviante onde as relações se estabelecem numa forma dialética entre acusados (dependentes de Algafan) e acusadores (lei, família, agentes policiais e equipe terapêutica); finalmente, através de uma análise dos discursos dos dependentes, busca entender como eles percebem a situação em que vivem e os projetos que elaboram. Destacam-se, nas conclusões, os aspectos mais significativos dessa interpretação, face aos objetivos a que se propõe o estudo e o marco referencial teórico que o norteou. O estudo revela que a operacionalidade do Decreto-lei n.6.368 vem, antes, reforçar a condição de desviante, e não, ao contrário, recuperá-lo, tendo a Divisão de Serviços Técnicos um papel marcante nesse processo. Mostra também que, apesar de perceberem-se como *outsiders*, os dependentes ainda elaboram projetos de vida, na tentativa de superação de suas carências afetivas, econômicas e sociais. Eles anseiam pela existência de espaços sociais e psicológicos próprios onde possam se inserir e aos quais sintam pertencer.

RESUMEN: ESPEJO ROTO. ALGAFAN Y DESVIACION. La farmacodependencia es un hecho de todos los tiempos y todos los pueblos. Se trata de un fenómeno permanente, cuyas variaciones obedecen al criterio relativo, de las normas sociocultureles de cada sociedad en determinada época. A través de los tiempos el hombre ha utilizado distintos tipos de drogas, con miras a cambiar su percepción del mundo y transformar sus experiencias subjetivas. El presente estudio se propone comprobar, en la práctica, hasta qué punto la condición de descarriado (adicto al "Algafan") es sancionada y reforzada por el aparato institucional. El marco empírico ha sido la División de Servicios Técnicos de la Secretaría de Seguridad Pública del Estado de Pernambuco, donde se cumple lo dispuesto por el Decreto n. 6.368. Los clientes son los dependientes del Clorhidrato de destropropoxifeno, comercialmente conocido como "Algafan Composto". Con base en datos secundarios, entrevistas y, sobre todo, en la observación participativa, el análisis se desarrolla en tres etapas: inicialmente trata de caracterizar el adicto al "Algafan"; en seguida intenta definir

los momentos marcantes del proceso de surgimiento de la identidad discrepante, durante el cual se establecen las relaciones dialécticas entre **acusados** (dependientes de "Algafan") y **acusadores** (ley, familia, agentes de la policía y equipo terapéutico); finalmente, a través del análisis de las declaraciones de los drogadictos, se trata de entender de qué forma ellos captan la propia situación y los planos que hacen. En las conclusiones sobresalen los rasgos más significativos de esa interpretación, en relación a los objetivos de estudio y a su marco teórico. Este trabajo revela que la aplicación del Decreto n. 6.368 refuerza la condición del descarriado, en vez de recuperarlo; y la División de Servicios Técnicos juega un papel fundamental en ese proceso. Muestra, además, el estudio que, pese al hecho de reconocerse como "outsiders", los dependientes siguen elaborando proyectos de vida, en el intento de superar sus necesidades afectivas, económicas y sociales. Ellos anhelan espacios sociales y psicológicos propios, en los que se puedan incluir y a los cuales sientan pertenecer.

RESUME: MIROIR BRISE: ALGAFAN ET DEVIATION. La pharmacodépendance est un phénomène de tous les temps et de tous les peuples. C'est un phénomène permanent, variant selon le critère des règles socio-culturelles de chaque société, dans une époque donnée. A travers les temps, l'homme a utilisé plusieurs substances avec la finalité de modifier sa perception du monde et pour transformer son existence subjective. Cette étude a comme objectif de vérifier, dans la pratique, jusqu'à quel point la condition de celui qui fait l'usage de l'Algafan est sanctionnée et renforcée par l'appareil institutionnel. Le point de repère empirique a été la Division des Services Techniques du Secrétariat de Sécurité Publique du Pernambuco, où s'applique le décret dans le Décret-Loi n. 6.368, ayant parmi les clients reçus, le dépendant du Clorydrate de Dextro-propoxyphène connu dans le commerce par le nom d'Algafan Composé. Appuyé par des données secondaires, par enquêtes et surtout par l'observation participante, l'analyse se développe en trois moments: premièrement, on cherche à expliciter comment se configure celui qui fait l'usage de l'Algafan; dans une deuxième étape, on essaye de délinéer les moments remarquables de la production de celui qui fait l'usage de la drogue, où les rapports s'établissent d'une façon dialectique parmi les **accusés** (dépendants de l'Algafan) et les **accusateurs** (loi, famille, agents de police et équipe thérapeutique); finalement, à travers une analyse des discours des dépendants, on cherche à comprendre de quelle façon ils aperçoivent la situation dans laquelle ils vivent et les projets qu'ils élaborent. Dans les conclusions on peut remarquer les aspects les plus significatifs de cette interprétation, devant les objectifs proposés par l'étude et le point de référence théorique, qui l'a directionné. L'étude révèle que l'application du Décret-loi n. 6.368 sert plus à renforcer la condition de celui qui fait l'usage de la drogue, qu'au contraire de le réhabiliter, la Division des Services Techniques ayant un rôle important dans ce procès. Il révèle aussi, que même en se sentant comme des **outsiders**, les dépendants élaborent encore des projets de vie, en essayant de dépasser leurs nécessités

affectives, économiques et sociales. Ils ont envie de l'existence, d'espaces sociaux et où ils puissent se localiser, participer et posséder.

ABSTRACT: A BROKEN MIRROR: "ALGAFAN" AND DEVIANCE. Medicinal drugs dependence has always been present among peoples. It has a permanent occurrence that varies according to relative criteria of social and cultural patterns in each society, under determined periods. Human beings have always used different kinds of drugs with a view to change their world perception and transfigure their subjective experiences. The main objective of this study is to verify in what proportion "Algafan" addicted's condition is punished and reinforced by the Establishment. The empiric background has been given by the Technical Services Section of the Public Security Department in Pernambuco, through which the Edict n. 6.368 is accomplished, concerning dependents upon Dextropropoxiphene hydrochloride, whose trade mark is "Algafan Composto". Supported by secondary data, interviews, and chiefly by participant observation, the analysis includes three phases: to characterize "Algafan" dependents; to emphasize drugaddicted identity's main stages, showing the ways by which relationships are dialectically established between the accused ("Algafan" addicted) and the accusers (law, family, policemen, and therapeutic team); and to analyse dependents' opinions with a view to understand how they realize their own situation and what kind of plans they make. The epilogue shows the main aspects of that interpretation according to the objectives of this study and its theoretical background. The study reveals that the accomplishment of the Decree n. 6.368 reinforces the condition of the so called "deviated" in stead of recuperating him/her. The above-mentioned Technical Services Section plays a remarkable role in that process. The study shows as well that, though drugaddicted see themselves as outsiders, they make life plans, with a view to satisfy their affective, economic, and social needs. They hanker after their own social and psychological places, where they are allowed to set in themselves, and to which they feel to belong.

INTRODUÇÃO

A importância que se atribui à presença das drogas em nossas relações sociais não se deve tanto às propriedades químicas ou farmacológicas dessas substâncias, mas, sim, às suas propriedades simbólicas, seu efeito cultural. As drogas permitem que delimitemos domínios sociais precisos e que organizemos nossa realidade em torno de certas normas. Daí sua importância. A dissertação que ora lhes apresentamos aborda uma parte da história, cujo início se perde no tempo e cujo término não ousamos imaginar assistir: história do consumo de drogas pelos humanos. Enfoca, particularmente, o segmento social representado pelos tomadores de "liga" de Algafan, da Região Metropolitana do Recife.

Voltemos as páginas do tempo. Desde as eras mais remotas, tem-se conhecimento da presença de alucinógenos entre povos diversos. Em quase todas as culturas primitivas, bebidas fermentadas estavam presentes nos rituais ligados ao culto da terra e da fecundidade (ARNAO, 1980; RUBIN, 1975). Os indígenas principalmente os da grande família Tupi-Guarani, não fugiram a essa prática (METRAUX, 1928; PEREIRA, 1944).

Aqui, várias perguntas devem ser formuladas: Por que a presença de substâncias com propriedades psicotrópicas nos rituais inebriantes nas culturas primitivas, como a Kawa, feita de uma planta, a *Piper methysticum*; como o peyotl, que é uma cactácea, a *Lophophora williamsii*; ou a jurema, uma leguminosa, a *Pithecolobium tortum*? Por que o consumo de produtos psicotrópicos avoluma-se dia a dia? Por que dar-se

ao uso de drogas que exaltam, deprimem, alteram, enlouquecem e matam?

Para as primeiras indagações, parece-nos que se impõe uma resposta: o caráter místico-religioso de sua utilização.

A *Piptadenia peregrina*(DMT), encontrada nas sementes de certas plantas nativas das Índias Ocidentais, América do Sul e Central, que durante séculos, foi utilizada, em forma de pó, pelos nativos do Haiti, como meio de provocar estado de mediundidade, permitindo a comunicação de criaturas humanas com espíritos ou entidades sobrenaturais. Em todo o continente americano há uma rica variedade de cogumelos, porém, exceto os fueguinos, não se observa, no restante do continente, o hábito de comer cogumelos. Os mexicanos, no entanto, utilizavam e ainda utilizam, um cogumelo venenoso, que contém um alcalóide psicotrópico poderoso, a *Psilocibina*, isolado, em 1950, por Hoffmann e Cerletti, sendo redescobertas suas propriedades psicodélicas em 1953, pelo botânico Gordon Wasson. O cogumelo *Psilocybe mexicana* era usado, há mais de cinco séculos, pelos chinatecas e mezatecas, do Sul e Centro do México, como sacramento de cerimônias religiosas, razão pela qual o chamavam de *teonanácatl* (Corpo de Deus). (BRAU, 1970; DE ROPP, 1976 ; HAVELOCK, 1898; HEIM & WASSER, 1959; HUXLEY, 1954; ROUHIER, 1926; SCHULTES, 1939).

O "peyotl" *Lophophora williamsii* já era usado no período pré-colombiano pelos astecas e por várias tribos

americanas, entre as quais a Apache , a Kiowa e a Comanche, sendo seus efeitos aproveitados na participação dos cerimoniais mágico-religiosos. Seu alcalóide, a mescalina, foi isolado e identificado por Heffter em 1896.(ABERLE, 1960;CASTAÑEDA,1977 GOODMAN & GILMAN, 1978 ;LA BARRE,1938;OLIEVENSTEIN, 1980).

No século XVI, por ocasião da conquista do Peru, foi registrado entre os Incas, Quechuas e Aimarás, o hábito de mascar folhas de coca. A *Erythroxylum coca* era considerada como uma divindade, cujas folhas os "filhos do Sol"presentearam o homem a fim de que "a fome fosse saciada, novo vigor fosse concedido aos cansados e fracos e que os infelizes esquecessem sua miséria", conforme reza a lenda (BASELGA,1972 ;MORUMBI, 1971; PÉLICIER & THUILLIER, 1975; VARENNE,1973).

No capítulo XXV do livro de SPRUCE (1908), encontramos referências sobre narcóticos e estimulantes, usados pelos índios do Amazonas, especialmente o Caapi(*Banisteria caapi*) e o rapé niopo. SPRUCE assistiu, em 1852, a uma cerimônia de Yagé(*Haemadictyon amazenicum*) entre os tukanos de Urubu-coará, perto de Ipanoré, no Rio Uaupés . Descreve assim os efeitos:

"In two minutes or less after drinking it, its effects begin to be apparent. The Indian turns deadly pale, trembles in every limb, and horror is in his aspect. Suddenly contrary symptoms succeed: he bursts into perspiration, and seems possessed with reckless fury, seizes whatever arms are at hand... In about ten minutes the excitement has passed off, and the Indian grows calm, but appears exhausted. White man who have partaken of caapi in the proper way concur in the account of their sensations under its influence. They feel alternations of cold and heat, fear and boldness. sight is disturbed, and visions pass rapidly before the eyes, where in everything gorgeous and magnificent they

have ever heard or read of seems combined; and presently the changes to things uncouth and horrible. These are general symptoms, merely with slight personal variations"(1908: 419-421).*

O alucinógeno "ayahuasca", (Caapi paraensis), é utilizado em celebrações místico-religiosas, por desenvolver o poder de telepatia a grandes distâncias, produzir letargia, sonhos e alucinações, sem perda de consciência (CARLINI, 1980; COELHO, (org.), 1976; COHEN,1965; DOLMATOFF,1976; GUIMARÃES, 1980;IBERICO, 1941;LEVI-STRAUSS, 1950;PERROT, 1923;SCHULTES, 1957). No Brasil, o uso da maconha, (Cannabis sativa), apresenta-se como resquício de costumes africanos e indígenas. É o que acontece com os índios Funi-ô,que costumam mascar ou fumar cigarros de maconha a fim de conseguirem efeitos alucinógenos, o que lhes oferece maior facilidade para o estabelecimento do estado de transe, que a sua religião, de base totêmica, aceita como meio de comunicação com espíritos superiores e poderes divinizados(DÓRIA,1915;PINTO,1955;VALENTE,1954). Assinala VALENTE que"entre os costumes religiosos atuais, não é fora de propósito lembrar o uso de beberagens de jurema nos grupos-de-culto de base umbandista"(Sic). Farmacologicamente, a jurema, sob a forma de

*"Dois minutos ou menos depois de ingeri-lo, seus efeitos começam a aparecer. O índio torna-se mortalmente pálido,membros trêmulos, o horror estampado em sua face. Repentinamente, sucedem sintomas contrários: ele começa a suar e parece possuído de fúria descontrolada, apodera-se de qualquer arma que esteja ao seu alcance...Em cerca de dez minutos a excitação passa e o índio acalma-se, mas parece exausto. Homens brancos que tomaram caapi de maneira correta, estão de acordo quanto às sensações sentidas sob sua influência. Eles sentiram alternância de frio e calor, medo e audácia . A vista é perturbada e as visões passam ante os olhos, sendo em tudo mais deslumbrantes e magníficas que tudo que tenham ouvido ou lido, então, a cena muda para coisas desconhecidas e horríveis.Esses são os sintomas gerais,apenas com ligeiras variações pessoais."(Tradução livre).

beberagens(licor de paricá,vinho de jurema),é rica em bufotenina e dimetiltryptamina.

A utilização dos alucinógenos,hipnoanalgésicos e narcóticos recebe,fora das culturas primitivas e dos laboratórios,uma outra vida.

Via oral ou parenteral, nas mãos de poetas e filósofos, o **peyotl** foi proclamado como o grande atalho no rumo da experiência mística. Não foram poucos os opiômanos:**Baudelaire, Gautier, Jean Cocteau, De Quincey e Coleridge**(**DE ROPP,1976; MORUMBI, 1971**). A cocainomania começa na década de 80 do século passado, quando Sigmund Freud (1884) introduziu seu uso no tratamento dos estados funcionais compreendidos sob o nome de neurastenia, das perturbações estomacais, bem como para proteger da supressão da morfina e do álcool os pacientes aditos a tais drogas(**COLLIER,1968; JONES, 1959**).

Em 1943, Albert Hoffmann, inalando acidentalmente um ácido em experimento no laboratório, nele descobriu propriedades alucinogênicas. Era o LSD-25 (Lysergsäurediethylamid). Na década de 60 aparece o DOM ou STP. (**BELLANGER, 1963; CASHMAN, 1966; FONTANA,1969; LEARY et alii,1964; MURAD,1982; SAVAGE, 1972; SALMOIRAGHI & PACE, 1957; SHICH & SMITH, 1972**). Nos últimos anos, os químicos sintetizaram vários compostos com propriedades alucinogênicas. Entre estes figuram substâncias que soam misteriosamente, tais como JB-329; JB-318; MDL-41, e TMA,todas abreviaturas de substâncias químicas

interligadas, de longas denominações. Outros alucinógenos poderosos, porém menos cercados de publicidade, foram identificados por botânicos: a bufotenina, a cooba, o iagé, o agárico-de-mosca, entre outros. (CASHAM, 1966; JAFFE, 1974; KAPLAN, 1975; LINDESMITH, 1973; SZASZ, 1979).

No Recife Metropolitano, grupos de farmacodependentes de maconha "descobrem" as propriedades narcóticas do Cloridrato de Destropropoxifeno - conhecido comercialmente como Algafan Composto - passando a incorporá-lo à sua dependência. As motivações, porém, que levam os indivíduos da sociedade contemporânea à procura de fármaco são bem diferentes das que permitiram sua coexistência entre povos de culturas primitivas. Afirma VELHO que,

"a Antropologia lida, permanentemente, com a dimensão arbitrária do comportamento humano, com a cultura. Nesse sentido, nada na vida social é dado e/ou natural mas sim interpretado e inserido em uma rede de significados articulada a um conjunto de símbolos próprios e característico de sociedades e grupos sociais específicos cujas fronteiras podem ser, de alguma forma, estabelecidas" (1981:77).

Argumenta Rubem A. ALVES:

"pelo processo de estigmatização, a sociedade se proclama como padrão de normalidade. E, sendo ela maioria - o que lhe dá o monopólio do uso do poder - a sua estigmatização dispõe de instrumentos que a tornam eficaz". (MORAIS(org.), 1978:34).

Temos aqui uma ideologia de normalidade e desvio. Por meio dessa ideologia, "cada sociedade define para si, de maneira absoluta, o que é sua normalidade" (MONTERO, 1986:154). A aceitação dos padrões dominantes de pensamento e de comportamento torna-se um valor. E mais: ela define quem precisa ser

"tratado", isto é, restituído à condição de **"normal"**. Tais pessoas tornam-se objetos sobre os quais a sociedade tem o direito de exercitar as suas manipulações terapêuticas. Quem não está integrado, ou seja, quem é definido como desviante, deve ser **"afastado"** da vida social normal. Os mecanismos de afastamento são os mais variados, e vão desde a estigmatização pelo ridículo, por exemplo, até o isolamento físico. Estes mecanismos exigem, obviamente, a existência de instituições especializadas no tratamento dos desviantes. E uma das suas características é a impunidade. Trata-se de instituições que, por sua própria organização, tornam impossível ao **"desviante"** questionar as práticas a que é submetido.(BARROS, 1979; BERLINGER,1976;BOUDON, 1979;FOUCAULT,1978a ,1982;GOFFMAN,1974; GUGGENBÜHL-GRAIG, 1979; NUNES(org.), 1983;SENISE, 1981). Sendo este um processo instaurado pela ideologia dominante contra o estilo desviante , seu caráter é eminentemente político. Estamos diante do uso do poder para definir e tratar o **desvio**.

Malgrado a boa intenção expressa nas leis, a prática institucional com relação aos dependentes de drogas sempre revelou falhas e distorções que, ao serem detectadas e criticadas, produziam novas intenções, as quais, no entanto, voltavam a apresentar o mesmo caráter repressivo, correcional e punitivo no processo de **"recuperação"** dos desviantes.¹ Como se pode notar, o problema não é novo, assumindo, hoje, uma nova

¹ A respeito, no Brasil, isto está manifestado com toda agudeza na preocupação dos legisladores em reformular, criar, alterar e anular, nos últimos anos, os Decretos, as Portarias e as Leis de tóxico.

dimensão, sobretudo pelo fato de ter invadido o mundo de jovens pertencentes a todas as classes sociais. Por sua vez, a categoria de desviante tem sido das mais utilizadas com caráter de acusação, legitimando visões de mundo(ethos), em face de seu alto poder de contaminação, nem sempre aparecendo isolada e explicitada, mas, muitas vezes, misturando-se com outros tipos de acusação(subversão, vagabundagem etc). Uma vez explicitada, como no caso da droga, implica elaborado ritual de exorcização, envolvendo todo um aparato institucional legitimado por um **saber oficial**, respaldado pela lei e pela possibilidade da coerção do aparelho do Estado(Decretos, Leis, Portarias, Resoluções etc). Como se vê, existe uma dimensão política muito importante nesta problemática.

Escolheu-se como universo de estudo uma categoria de pessoas que estão sujeitas, no seu cotidiano, a ameaças e insegurança. Vivem sob a permanente possibilidade de serem descobertas, acusadas e estigmatizadas. Em outras palavras, existem agências sociais, autoridades ou cidadãos comuns que podem interferir no seu modo de vida(eidos), impondo padrões e utilizando a coerção para impedi-las de fazer o que julgam bom, desejável etc. Dessa maneira, passam a conviver com o problema da clandestinidade. Com maior ou menor intensidade, esses indivíduos são obrigados a desenvolver estratégias mais ou menos complicadas para obterem a droga e consumi-la. Desenvolvem complexos sistemas de reconhecimento para garantir alguma segurança. Dá-se certa esoterização do comportamento, com o desenvolvimento de vocabulário bastante especializado(gíria) e em

rápida evolução. Sinais visuais de identificação, roupas típicas, expressão corporal etc., tudo isto ajuda a compor um mapa de classificação das pessoas e lugares, permitindo uma certa flexibilidade de reação e comportamento.

Embora exista grande diferenciação entre os usuários de droga, há uma característica comum: o caráter ilegal dessa utilização. Neste sentido, estão todos infringindo a lei, assumindo o caráter de indivíduos e grupos desviantes. Segundo Howard BECKER, o comportamento desviante deve ser entendido como um processo em que

"os grupos sociais criam o desvio ao estabelecerem as regras cuja infração constitui desvio e ao aplicá-las a pessoas particulares, marcando-as como *outsiders*. Sob tal ponto de vista, o desvio não é uma qualidade do ato que a pessoa comete, mas uma aplicação por outras pessoas de regras e sanções a um *"transgressor"*. O desviante é alguém a quem aquele rótulo foi aplicado com sucesso; comportamento desviante é o comportamento que as pessoas rotulam como tal".(1977:60)

Observa-se a existência de uma evidente relação de poder, em que certos grupos impõem determinadas regras a outros. No caso da droga, estas regras são legitimadas em nossa sociedade por um sistema jurídico. Dessa forma, a proibição do uso de drogas é implementada pelo Estado, através de seus órgãos e representantes. Portanto, o discurso e a escala de valores do universo pesquisado no Recife não são legitimados, pertencem a uma categoria oprimida, já marginalizada em diversos segmentos da vida social, na medida em que não dispõe de meios para garantir o livre exercício de sua concepção de mundo, de seu estilo de vida.

Um dos objetivos centrais do trabalho é, por conseguinte, verificar, na prática, até que ponto a condição de desviante(dependente de Algafan) é sancionada e reforçada pelo aparelho institucional. Por outro lado, procura-se analisar as relações entre a categoria estudada e outros grupos com que ela convive, coexiste ou entra em conflito no seu dia-a-dia. Em outras palavras, num contexto específico, sera investigado como certos indivíduos se movem dentro da "lógica do desvio".

A hipótese básica que norteia o trabalho é a de que nas condições em que está sendo operacionalizada, a Lei 6.368/76² vem, antes, reforçar a condição de desviante, do que, ao contrário, instrumentalizar a recuperação do dependente de Algafan no Recife.

A seguir, vamos assinalar, sucintamente, as principais orientações que vêm embasando as diferentes abordagens sobre o comportamento desviante. O retrospecto ficará restrito aos marcos mais significativos da literatura pertinente ao tema.

Até certo tempo, acreditava-se que a dependência da droga era estabelecida a partir de uma predisposição constitucional (LOMBROSO, 1876; SHELDON, 1949). Este conceito, altamente estático, por muito tempo impôs limitações, não

² Lei de tóxico em vigor que "dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências". Interessam-nos particularmente os Art. n.8 ,9 , 10 e 11 do cap. II, -Do tratamento e da recuperação.

apenas ao entendimento da plasticidade comportamental dos indivíduos farmacodependentes, como também dos fenômenos ligados ao meio social. A questão permanece ainda: qual é a natureza essencial deste fenômeno, a sua especificidade? Há vários níveis possíveis de explicação. O bioquímico se interessará pela neuroquímica e a influência da droga na transmissão do impulso nervoso, assim como pelos mecanismos que determinam a tolerância e a síndrome de abstinência. O psicólogo enfatizará o caráter do comportamento adquirido na farmacodependência, considerando a experiência da droga como elemento de reforço que leva ao hábito(LINDESMITH,1973). Por outro lado, o sociólogo se esforçará para compreender as causas sociais do uso de drogas, as pressões exercidas por um mesmo grupo de farmacodependentes e a natureza do meio social que predispõe ao uso de drogas. Insistirá no fato de que ser farmacodependente confere um papel social. O antropólogo, por sua vez, acentuará a significação simbólica da droga e considerará que os ritos e funções ligadas ao uso estão enraizados na cultura dos indivíduos(DOLMATOFF, 1976;RUBIN(org.)1975;ROCHA LIMA et alii, 1980;SEITZ,1976).

Sem dúvida, a dependência de drogas é, de acordo com os atuais níveis de conhecimento do assunto, um fenômeno que responde a diversos condicionamentos. A interação de fatores químicos, fisiológicos, psicológicos e sociológicos dificulta muito o esclarecimento conclusivo da gênese o abuso e da

³Terminologia adotada pela Organização Mundial de Saúde-OMS, em substituição aos termos:viciado,drogado,toxicômano,adito,usuário de drogas.

dependência de drogas. Por sua vez, esta questão suscita certos sectarismos, e, por conseguinte, inúmeras controvérsias. Vale ressaltar que se está lidando com problemática complexa, que envolve múltiplos aspectos clínicos, psicológicos, antropológicos e filosóficos, que se imbricam para criar um espaço de discussão mais condizente com a realidade da farmacodependência. Em meio a todos esses ingredientes, não seja estranho esperar-se um razoável grau de confusão e poucos resultados palpáveis.

A primeira das perspectivas relevantes a ser considerada é a da **abordagem clínica**. Os autores fiéis à Psiquiatria Clássica, que buscam uma base orgânica para os fenômenos mentais anormais(organismo), descrevem uma personalidade afim com o vício, produzida geneticamente, apontando-lhe mesmo caracteres que levam, especificamente, a esta ou aquela dependência:

"Trata-se, especialmente, das personalidades psicopáticas, cujos portadores apresentam uma estruturação genética da personalidade que lhes dificulta a adaptação às exigências da vida, realçando-se, entre estes anormais, os chamados sociopatas. Tais indivíduos não internalizam as normas sociais, propensos à fraude e à mentira, ao delito, à rebeldia, à insolência, aos vícios, dispostos a dar sempre satisfação a seus impulsos, sem consideração aos sofrimentos que causem em outrem"(NAGERA,s.d.:825)

Outros autores, mais moderados que os extremados organicistas, acham que, se a heredo-constituição, num grupo, pode determinar o aparecimento de um conjunto de enfermidades mentais; noutros, o seu papel se limita ao de um mero partícipe. Neles, ela apenas dota o indivíduo desta ou daquela deficiência,

de maior ou menor intensidade, deste ou daquele impulso, criando, assim, somente a **predisposição** à maioria das enfermidades, as quais ficam, ainda, à espera de um fator determinante(principal), bem como de um desencadeante, para se instalarem. Entre os trabalhos dirigidos nesta perspectiva destacam-se sobremaneira os de COOPER,1973; FOUCAULT,1968,MIRA Y LOPEZ, 1961 e SKINER,1967.

Em contraposição à abordagem clínica, surge o **enfoque jurídico**, gerando o dilema entre o ponto de vista da classe médica e a interpretação criminológica da farmacodependência.

O enfoque comum, gerador do dilema, é a consideração do farmacodependente como o **homem anormal**, qualitativamente diverso dos seus congêneres. A Organização Mundial da Saúde e a maioria dos especialistas sustentam que o farmacodependente é um **enfermo** que, como outro qualquer, requer tratamento. Em contrapartida, os legisladores, em primeira linha, estão preocupados com normas acentuadamente repressivas ao uso de drogas. A título de exemplificação, temos: a Lei n. 5.726/71, que trouxe profundas alterações na conceituação de delitos, no rito processual e no sistema de tratamento dos dependentes; a Lei n.6.368/76, que representa a continuação da anterior, adotando vários dos seus conceitos básicos, eliminando dispositivos que a prática condenou e criando novas normas(MEDICI,1977).

Outra linha de explicação para o comportamento desviante tem sido freqüentemente usada nos **estudos antropológicos**.As investigações antropológicas surgidas a partir

do início deste século, focalizando sociedades ágrafas não ocidentais, contribuíram para uma revisão da literatura psicológica e psiquiátrica, no que se refere à relatividade dos conceitos normal e anormal.

Os trabalhos de Ruth BENEDICT, 1934; Margaret MEAD, 1935; Bronislaw MALINOWSKI, 1922; dentre outros, demonstraram que "cada cultura formará da doença uma imagem cujo perfil é delineado pelo conjunto das virtualidades antropológicas que ela negligencia ou reprime" (FOUCAULT, 1975:72). Este aspecto virtual, inicialmente preconizado por BENEDICT, refere-se ao ajustamento do indivíduo aos padrões de sua cultura, por mais bizarros que estes possam ser em relação à concepção de nossa sociedade.

Roger BASTIDE afirma que o "normal é o que está conforme com a norma, e o patológico é um desvio da norma" (1975:74), mas, como a cultura tem seu próprio sistema de normas, o que é normal numa sociedade poderá ser considerado patológico numa outra, e vice-versa.

Entre as mais significativas tentativas de conceituação do desvio social, encontram-se a teoria da anomie e desvio, proposta por Emile DURKHEIM; a da associação diferencial, de E. H. SUTHERLAND; a teoria das metas e meio, de Robert MERTON; a da representação e do estigma, proposta por Erving GOFFMAN; a teoria da rotulação, de Howard BECKER; e a da acusação, de Gilberto VELHO.

Foi Durkheim quem, pela primeira vez, formulou a tese da **anomie** como instrumento teórico para análise do desvio social. Ele universalizou essa teoria através das taxas de suicídio, de tal modo que muitos pesquisadores, em diferentes partes do mundo, empregam-na para fins comparativos e como referencial obrigatório suplementar. Entre eles, destacam-se os estudos de MERTON, 1970; PARK, 1950; PARSONS, 1951 e SOROKIN, 1959. Trabalhos e pesquisas empíricas mais recentes, como as de CLINARD, 1967; DUVINGNAUD, 1974; DUNHAN, (s.d.) e muitos outros representam a vigência dessa teoria para explicar o desvio social.

A teoria da **anomie** mostra como o desvio se produz, não apenas em época de crise, mas, também, em situação de prosperidade. O desenvolvimento industrial das sociedades modernas, em que aparecem manifestações de rápidas mudanças, instabilidade urbana, conflito de gerações e valores, e assim por diante, parecem confirmar as asserções de DURKHEIM, porque, nessas se manifestam, nessas áreas, altas taxas de desvio, através do crescimento da corrupção, delinquência, criminalidade, e toxicomanias, entre outras.

A teoria das **metas e meios** é desenvolvida por MERTON a partir da idéia de **anomie**. Assim, adverte o autor que:

"Certas estruturas sociais exercem uma pressão definida sobre certas pessoas da sociedade, para que sigam conduta não-conformista, ao invés de trilharem o caminho conformista" (1970:204).

A teoria das metas e meios, como explicação do desvio social, acha-se vinculada, primeiro, aos objetivos culturalmente definidos, de propósitos e interesses, mantidos como objetivos legítimos para todos. O segundo elemento refere-se aos meios ou modos aceitáveis de alcançar tais objetivos. Em consequência, há uma vinculação entre meios e metas, da qual está excluído, na área institucional, o exercício da força, da fraude, do poder etc. Da relação, estabelecida por MERTON, entre meios institucionalizados e metas culturais, emergiria a tipologia dos modos de adaptação individual.

A teoria da associação diferencial, desenvolvida por SUTHERLAND, é semelhante à abordagem de Becker. O autor estuda o crime como um fenômeno social e explica o comportamento criminoso pela associação diferencial, ou seja, o processo causal específico no desenvolvimento do comportamento criminoso sistemático. Na verdade, os princípios do processo de associação pelo qual se desenvolve o comportamento criminoso e o princípio legal são idênticos, mas os conteúdos dos padrões apresentados na associação são diferentes, disso decorrendo a expressão "associação diferencial": o indivíduo, empenhando-se em atos criminosos prevaletentes nos seus grupos, assimila-os na associação com os membros desses mesmos grupos(1949:13).

Em outras palavras, o comportamento criminoso sistemático deve-se imediatamente à associação diferencial, numa situação em que existem conflitos culturais e, em última análise, à desorganização social. Embora considere que um crime,

específico ou incidental, de determinado indivíduo, deva obedecer à fórmula geral do processo acima descrito, **SUTHERLAND** não nega que a inclusão de todos os casos nessa fórmula seja impossível, devido ao caráter accidental da delinquência, quando encarada na forma de atos específicos ou incidentais (Idem:18). Além disso, afirma **SUTHERLAND** que as sociedades modernas, ao contrário das antigas, implicam numa organização social favorável aos fenômenos de associação diferencial.

SUTHERLAND supõe que uma pessoa, para ser criminosa, deve, primeiro, aprender a sê-lo. Ele vai além, ao presumir que esse aprendizado ocorre como resultante da interação social do indivíduo com os demais. A maioria das pessoas está exposta tanto a indivíduos e grupos desviados, como a não-desviados. **SUTHERLAND** mediu a interação da pessoa com esses grupos quanto à frequência, prioridade, duração e intensidade de contato. Quanto mais alto o nível de cada uma destas quatro variáveis, seja para o grupo desviado, seja para o não-desviado, tanto maior será a probabilidade de que o indivíduo se comporte de uma forma semelhante (Apud, **COHEN**, 1968:87 e segt).

GOFFMAN, em sua obra *A representação do eu na vida cotidiana*, dá a conhecer como as pessoas tratam de representar seus papéis, como num teatro, diante das expectativas dos outros. Muitos há que os representam de uma maneira cínica, desviando-se realmente daquilo que são na realidade e produzindo frustrações. Muitos aproveitam-se da "fachada" achada que representam para enganar os outros. Todavia, é na obra *Estigma*

que **GOFFMAN** desenvolve de forma mais completa sua teoria sobre o desvio, analisando a questão da utilização de uma identidade estigmatizante que resulta de rotulagem. A estigmatização recai sobre o conceito de identidade social. Em consequência, os atores que são estigmatizados têm de aprender a suportar a pressão social resultante do estigma.

Para construir sua definição de **estigma**, **GOFFMAN** parte do conceito de identidade social, ou seja, a previsão que se faz acerca da categoria social a que pertence um indivíduo e quais são seus atributos. Ele faz uma distinção entre **identidade social virtual** (o caráter que é atribuído a um indivíduo quando se indaga sobre ele) e **identidade social real** (as categorias e os atributos que, de fato - pode demonstra-se - lhe pertencem). Dessa forma, quando em presença de outros, o indivíduo apresenta um atributo que o desacredita. Está-se, assim, face a uma discrepância entre a identidade social real e a virtual e, portanto, diante de um estigma. **Desacreditado** e **desacreditável** através do estigma, o indivíduo torna-se, ao mesmo tempo, um ser inferiorizado e obrigado a fingir. A tendência do estigma é difundir-se do estigmatizado para aqueles que lhe são mais próximos; relações tendem a não existir ou, quando existem, a não perdurar. Daí a estigmatização. Afirma **GOFFMAN** que

"o estigma é um efetivo mecanismo de controle social, que exclui o estigmatizado, tanto social como psicologicamente, impedindo-o a ser aceito socialmente. A marca estigmatizante impõe-se de tal modo que destrói a possibilidade de atenção social para outros atributos seus" (1980:7).

Reforça o autor :

"além da vida pública, delineia-se o espaço da intimidade, em que o indivíduo se defronta com o eu que reconstrói ou preserva a integridade e o espaço dos contatos e ambientes em que é aceito com o seu desvio, seja pelo processo de encobrimento, seja pelo de normalização. O eu dividido entre esses espaços, o núcleo da intimidade(em que atua a força de recuperação da integridade pessoal) e a esfera relacional(em que é classificado como ser marginal e perigoso), luta entre o atributo de **outsider** e a reconstituição do núcleo da identidade"(Idem :12).

É de interesse perceber e identificar como a teoria da rotulação aparece na questão do desvio. Particularmente, toma-se a obra de Howard Becker e Gilberto VELHO como pontos de referência. Ver-se-á que a escolha não é arbitrária e corresponde à valorização de certos aspectos considerados reveladores sob o ponto de vista de uma Teoria Antropológica do Desvio. É deste ponto, portanto, que se pretende partir para buscar o que ela representa de específico diante das outras construções teóricas.

A vertente de análise dos interacionistas tem importante contribuição no estudo do comportamento desviante. A noção básica é a de que não existem desviantes em si mesmos, mas, sim, uma relação entre atores(indivíduos, grupos), que acusam outros atores de estarem, consciente ou inconscientemente, violando, com seu comportamento, limites e valores de determinada situação sócio-cultural. Trata-se de um confronto entre acusadores e acusados.

A teoria de rotulação de BECKER centra-se na maneira pela qual o grupo social chega a considerar as outras

pessoas e grupos de desviados. Assim, na sua obra *Outsiders: studies in the sociology of deviance*,⁴ o citado autor mostra que "o desvio envolve uma interação entre aqueles que cometem ou cometeram um desvio e a sociedade" (1977:64). Por conseguinte, a rotulagem depende do que a sociedade acha que é certo ou errado dentro da própria sociedade. Nesse ponto de vista, o

"desvio não é uma qualidade do ato que a pessoa comete, mas uma consequência da aplicação, por outras pessoas, de regras e sanções a um transgressor. O desviante é alguém a quem o rótulo foi aplicado com sucesso; comportamento desviante é o comportamento que as pessoas rotulam como tal" (Idem:60).

Dessa forma, um indivíduo que se veja de acordo com o rótulo que recebeu pode começar a comportar-se correspondentemente. Depois de reconhecer-se como um desviado e ser tratado pelos outros como tal, esse indivíduo pode afastar-se, social e fisicamente, da sociedade convencional e associar-se somente com outros que tenham sido rotulados da mesma forma. A esta altura, o rótulo de desviado terá se tornado "uma profecia que se auto-realiza". Noutras palavras, o indivíduo desviado deve aprender a ser desviado. BECKER enfatiza que "o desvio é, entre outras coisas, uma consequência das respostas de outras ao ato de uma pessoa" (Ibidem:60).

4 A tradução portuguesa está sob o título de *Uma teoria da ação coletiva*, organizado por G. VELHO, Zahar, 1977.

O ponto central da abordagem interacionista do desvio, proposta por **BECKER**, é tornar claro que alguém teve que fazer a rotulação. Ela não aconteceu simplesmente. **BECKER** aborda outro aspecto quanto à equação do desvio: as pessoas que fazem e impõem as regras às quais os estranhos não se adaptam. A questão aqui é, simplesmente: quando são feitas e impostas as regras?

Diz ele:

"...onde quer que as regras sejam criadas e aplicadas, espera-se que os processos de imposição sejam moldados pela complexidade da organização, repousando sobre uma base de acordos compartilhados em grupos mais simples e resultando de manobras e barganhas políticas numa estrutura complexa" (1977:107).

Uma das principais contribuições de Becker foi perceber que o comportamento desviante não é um problema de "inadaptação cultural", mas uma questão política, obviamente vinculada a uma problemática de identidade. Isto fica bem claro no capítulo I de **Outsiders**:

"...o desvio é criado pelas respostas de pessoas a tipos particulares de comportamento, pela rotulação daquele comportamento como desviante. Devemos, também, ter em mente que as regras criadas e mantidas por tal rotulação não são universalmente aceitas. Em vez disso, elas são objeto de conflito e discordância, parte do processo político da sociedade" (1977:67).

No capítulo II de **Outsiders**, **BECKER** reforça:

"um dos passos mais cruciais no processo de construir um padrão estável de comportamento desviante é, provavelmente, a experiência de ser apanhado e publicamente rotulado como desviante" (1977:78)

Mais adiante, encontramos esta afirmação :

"De qualquer forma ser apanhado e marcado como desviante tem importantes implicações na participação social posterior e para a auto-imagem de alguém. A consequência mais importante é a mudança drástica na identidade pública do indivíduo. Cometer o ato impróprio e ser apanhado coloca-o num novo **status**. Ele é rotulado e tratado de acordo com esse adjetivo" (Idem:79).

Ao propor uma análise do comportamento desviante, em termos de confronto de papéis, em contextos específicos **BECKER** chama a atenção para o problema político em jogo, rompendo com as dicotomias entre o Indivíduo e a Sociedade.

A perspectiva adotada por Gilberto **VELHO** é a de que o **desviante** é um indivíduo que não está fora de sua cultura, mas que faz uma **leitura divergente**. Ele poderá estar sozinho ou fazendo parte de uma minoria organizada. Ele não será sempre desviante: existirão outras áreas em que seu comportamento será como o de qualquer cidadão "**normal**". Todavia, noutras, divergirá, com seu comportamento, dos valores dominantes. Estes podem ser vistos como aceitos pela maioria das pessoas ou como **implementados e mantidos por grupos particulares que têm condições de tornar dominantes seus pontos-de-vista**. Aqui, o enfoque é semelhante à abordagem de **SUTHERLAND**.

Insiste **VELHO** em que

"...a condição de desviante não é intrínseca a um indivíduo, mas produto de uma relação social, como postula Howard Becker. Ou seja, uma pessoa ou pessoas são identificadas ou acusadas de desviantes por um grupo, havendo uma relação entre os desviantes e os não desviantes" (1971:28).

A idéia básica que norteia a teoria da acusação é a de que

"situações de impasse podem (grifo no original) desencadear conflitos sob a forma de acusações, constituindo-se em movimento dramático de tentativa de controle social" (1981:67).

Acrescenta VELHO que

"o estudo do chamado comportamento desviante mostra que a ambiguidade de identidade faz com que pessoas assumam papéis que podem ser alvo de violenta discriminação em certos domínios, mas que encontrem situações e lugares que possam ser desempenhados com relativa segurança" (1975:125).

O autor vai mais além, reforçando que

"a acusação do desvio representa uma dimensão moral que denuncia crise de certos padrões ou convenções que dão ou davam sentido a um estilo de vida de uma sociedade, de uma classe, de um grupo ou de um segmento social específico. Por outro lado, a existência de uma ordem moral, identificadora de uma dada sociedade, faz com que o desviante funcione como marco delimitador de fronteiras, símbolo diferenciador de identidade, possibilitando que essa sociedade se descubra, se perceba pelo que é ou pelo que não quer ser" (1981:58-9).

Continuando a ordem de idéias expressas pelo autor, vemos que há acusações parciais, na medida em que ficam no nível de segmentos ou aspectos particulares do comportamento, enquanto existem outras que contaminam toda a vida dos indivíduos acusados, estigmatizando-os de forma, talvez, definitiva. Para VELHO, drogado "é uma acusação moral e médica que assume explicitamente uma dimensão política, sendo, portanto, também, uma acusação totalizadora" (grifo no original, 1981:60).

Importa lembrar que existe um outro marco teórico - o histórico-estrutural - como tentativa de situar o desvio

dentro de um contexto explicativo mais abrangente, que se relaciona com o processo geral de mudanças sócio-econômicas da sociedade.

As considerações sobre as diversas vertentes de análise acerca do comportamento desviante conduzem-nos, à evidência de que não seria absolutamente possível adotarmos uma **teoria única** como orientação teórica a ser seguida. Aceita-se como ponto de partida a proposta de Howard **BECKER**, que parece satisfatória, uma vez que ele encara o **desvio**

"como produto de uma transação que ocorre entre algum grupo social (no nosso caso, legisladores e/ou terapeutas) e alguém (dependentes de Algafer) que é encarado por aquele grupo como infrator de regras" (1977:66 e 67).

E ele vai mais além ao reconhecer que "**o desvio é criado pelas respostas de pessoas a tipos particulares de comportamento como desviante**" (Idem). Isto, entretanto, não invalida a abordagem sob outras perspectivas, desde que, justapostas, se complementem. Desse modo, em algumas situações estaremos "**acompanhados**" por Gerald **BERREMAN**, para desvendar e compreender **os espaços interiores** e representaremos, em muitos momentos, tendo Erving **GOFFMAN** como diretor de cena. Gilberto **VELHO** nos fará perceber a importância da **leitura divergente da cultura**, em muitas situações, onde apenas pudemos perceber ações do nosso contexto cultural.

O estudo está estruturado em cinco capítulos, precedidos pela Introdução.

A Introdução destaca alguns aspectos da problemática a ser examinada e trata, de forma breve, o quadro de

referência teórico sobre o qual se fundamenta a interpretação de nossos dados.

O primeiro capítulo procura descrever os procedimentos adotados na pesquisa, bem como as interferências e dificuldades encontradas no trabalho de campo.

O segundo capítulo prioriza o discurso oficial - através da Legislação Brasileira Anti-Tóxico- a partir da compreensão desse discurso, no propósito de apreender as ambigüidades e os paradoxos existentes e, sobretudo, as idéias e concepções daqueles que elaboraram tais leis.

O terceiro capítulo detalha o processo de envolvimento do dependente com a droga e, nessa perspectiva, tenta descrever a trajetória que o leva à malhas da Instituição Corretiva.

O quarto capítulo busca delinear a prática institucional, que o prisma da relação dialética dominador-dominado. Neste sentido, a Divisão de Serviços Técnicos é apresentada ao nível do que ela afirma ser e ao de sua prática, onde seus agentes terapêuticos reproduzem a condição desviante dos farmacodependentes, através do trabalho desenvolvido no âmbito institucional.

O quinto capítulo sintetiza os determinantes que nos permitem compreender a questão da identidade desviante do farmacodependente de Algafan.

Nas Considerações Finais, procura-se reunir as deduções parciais que foram emergindo ao longo da reflexão. Concedeu-se especial relevo à descrição de uma alegoria - **ESPELHO QUEBRADO**, no sentido de que esta representação significa **IMAGEM**

CONSTRUIDA, e esta imagem se estrutura e se organiza a partir das situações reais que o dependente da "liga" de Algafan vivencia e com as quais se relaciona.

CAPÍTULO. I - DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

1. Os Problemas da Pesquisa e a Decisão Metodológica

Para começar a narrar a maneira pela qual foi realizada a presente pesquisa, parece-nos mais proveitoso ficar atento para aquilo que Clifford GEERTZ afirmou, ao enfatizar a natureza da interpretação do trabalho antropológico: "o processo de conhecimento da vida social sempre implica um grau de subjetividade e, portanto, tem um caráter aproximativo e não definitivo" (1978:129). Acentua mais uma vez GEERTZ que o "trabalho de natureza antropológica sempre é uma interpretação e que, portanto, a subjetividade do investigador sempre interfere" (Idem).

Quando, em 1980, fomos convidados pela Secretaria da Segurança Pública de Pernambuco para ministrar curso de pesquisa à Divisão de Serviços Técnicos-DST, o quadro dos drogados presos no "xadrez" da Delegacia de Entorpecentes despertou nossa curiosidade de pesquisar tal assunto. No ano seguinte (1981), cursando o Mestrado em Antropologia, retomamos o desejo de estudar o comportamento desviante dos dependentes de drogas. Com este propósito, no segundo semestre do mesmo ano, optamos pela disciplina Antropologia da Saúde, na tentativa de familiarizar-nos com problemas médicos ligados à Antropologia, principalmente os relativos à profilaxia. As primeiras leituras⁵ sobre dependências em drogas foram feitas nessa época.

5. A partir das leituras e contatos, foi elaborado ensaio sob o título **A antropologia social da toxicomania: o caso Algafan no Recife**, apresentado, em 1981, na 33.ª Reunião da Sociedade Brasileira Para o Progresso da Ciência. Em novembro do mesmo ano foi apresentado, de forma ampliada, um novo 'paper': **Incongruências na abordagem antropológica do desvio**, nas Sessões Coordenadas, promovidas pela Fundação Joaquim Nabuco.

Apesar do entusiasmo pelo assunto, tais leituras deixaram-nos confusos e meio perdidos no "mundo das drogas". Forçoso é reconhecer o surgimento de dúvidas quando nos propusemos a iniciar o nosso trabalho. Essas decorriam precisamente da necessidade que tínhamos de escolher o objeto de estudo. Que aspectos abordar? Como delimitar tema tão vasto e controvertido? Foram meses de hesitação, dúvida, desencanto, redefinições. A grande dificuldade estava em conseguir imprimir uma abordagem antropológica ao conceito de dependência, sem cair no enfoque ou na terminologia criminológica, médica ou psicológica. Como inteirar-nos desse mundo, de maneira mais profunda? Como traduzi-lo para uma linguagem própria, sem mistificá-lo, transcendendo ou situando, em outro nível de entendimento, a percepção dos atores que o integram? Um acontecimento oportuno e inesperado acabou indicando o caminho: o acesso à tese de doutoramento do antropólogo Gilberto Velho. Após a leitura de Nobres e Anjos: um estudo de tóxico e hierarquia, estava resolvida a questão da abordagem antropológica. O caminho fora mostrado.

A etapa seguinte foi restringir o campo de investigação para apenas um segmento da categoria de usuário de drogas no Recife. Neste ponto, impõe-se explicar essa escolha. Há quem pretenda fazer trabalho inteiramente original e esgotar a temática, produzindo um referencial obrigatório para qualquer outro pesquisador que aborde o mesmo tema. Se isto é, até certo ponto, saudável - afinal, ninguém quer gerar uma obra que se mostre apenas como mais um trabalho, mas que revele contribuição

ou originalidade - não deixa, no entanto, de ser perigoso, uma vez que pode levar o pesquisador a extrapolar o âmbito do possível. Nossa atenção estava voltada para pessoas que apresentavam um modelo de desvio durante longos períodos, pessoas que faziam da droga um estilo de vida, orientando sua identidade em direção a um modelo de comportamento desviante. Este problema não é fácil de ser investigado ou abordado como tema de estudo.

À medida que se elaborava o projeto da pesquisa, foram feitos contatos com várias entidades, ao longo dos quais surgiram convites para participar em debates, proferir conferências e ministrar cursos para técnicos que trabalhavam com dependentes. Essa atividade, além da troca de conhecimentos e experiências, tinha a finalidade de perceber o discurso oficial sobre o tratamento do dependente de drogas e como isto era incorporado, na prática cotidiana, pelas instituições recuperadoras.

O conhecimento da maneira como essa imagem era interiorizada pelos técnicos, mediada e redefinida através de sua prática institucional, passou a ser fundamental para entender o direcionamento concreto dado ao processo de recuperar o dependente de droga, entre os quais, o de 'liga' de Algafan.

Nosso propósito inicial seria concentrar as observações nos especialistas (terapeutas) e, subsidiariamente, nos dependentes. Vários obstáculos institucionais provocaram mudanças na proposta inicialmente formulada, entre os quais: o

estudo de uma instituição repressiva (Secretaria da Segurança Pública) como a que nos propusemos estudar, provoca, entre outros, o temor de que as mazelas da entidade sejam expostas ao público, o que leva a Diretoria a rejeitar propostas de análise ou a só autorizá-las mediante restrições e em obediência aos limites por ela estabelecidos. Por outro lado, no novo setor de trabalho na Fundação Joaquim Nabuco (Superintendência de Planejamento), as atividades desenvolvidas não se compatibilizavam com o esquema de atendimento da equipe terapêutica. Por último, sem auxílio financeiro, não se poderia ampliar o trabalho em demasia, sob pena de não conseguir realizá-lo.

Diante da dificuldade de executar a pesquisa, nos moldes iniciais previstos, foi imperioso limitá-la a um segmento particular de uma categoria de dependência. A escolha do tipo de usuário de drogas recai sobre o dependente de Algañan. Isto se justifica por vários motivos. Em primeiro lugar, pela prelavência e pela incidência, cada vez mais crescente, deste tipo de dependência na Região Metropolitana do Recife, em Salvador e em Belo Horizonte (MURAD, 1979; ROCHA LIMA et alii, 1980). Em segundo, o contato com esses dependentes poderia ser feito de acordo com a escassa disponibilidade de tempo que o novo cargo funcional acarretara: os fins de semana. E, por último, o aproveitamento do acervo bibliográfico já levantado, além de estudos anteriormente realizados com esses dependentes.

O contato direto com a realidade precede, necessariamente, à escolha dos procedimentos a serem utilizados

na pesquisa. Neste sentido, para conhecer um determinado aspecto da realidade, o pesquisador tem a seu critério vários procedimentos metodológicos, que constituem elementos de mediação entre ele e a realidade que se pretende estudar. A mudança de foco de terapeutas para os usuários de Algafan indicou como oportuna e prudente uma metodologia configurada pela flexibilidade no que tange à abordagem das unidades informantes. Apresentou-se, como opção inicial, em termos metodológicos, a análise qualitativa como medida bastante satisfatória. Entretanto, nunca é possível prever o absoluto acerto da escolha, a não ser com o desenrolar do trabalho, o qual permite definir os caminhos a seguir, oferecendo respostas alternativas para os problemas e dificuldades.

O universo eleito para estudo está longe de ser homogêneo ou monolítico. Daí porque desejamos enfatizar a necessidade de perceber esse universo como altamente diversificado, fluido. Portanto, a utilização do Algafan (Cloridrato de Destropropoxifeno) não vai criar uma categoria única, mas, sim, um conjunto de indivíduos que têm em comum uma atividade clandestina e ilegal. Em outras palavras, as observações estão centradas nos tomadores de 'liga' de Cloridrato de D-propoxifeno, conhecido comercialmente sob o nome de **ALGAFAN COMPOSTO** e, como o objetivo do nosso estudo envolvia também o terapeuta oficialmente encarregado de recuperar dependentes de droga, resolvemos incluí-los no universo a ser pesquisado. Estas duas categorias compõem a nossa amostra.

A escolha dos entrevistados orientou-se por dois princípios: acaso e intencionalidade. Essa forma de triagem aproxima-se da chamada amostragem por aglomerados, que consiste em selecionar aleatoriamente as pessoas, entrevistá-las individualmente, bem como "as outras que estão ao seu redor ou que elas indicam" (THIOLLENT, 1980:34). A escolha do número de dependentes teve que ser, de certa forma, aleatória, condicionada a certos aspectos e a dificuldades encontradas, tais como: a) inexistência de um cadastro válido, sobretudo confiável, dos usuários de Algafan no Recife; b) acesso ao dependente - quase sempre difícil, seja na residência ou nos locais escolhidos para 'fazer presença'; c) necessidade de se limitar o tempo, em virtude dos custos e do prazo disponível para conclusão do estudo. Na intencionalidade, foram observados os seguintes elementos diferenciadores: sexo, idade e tempo de uso da droga.

Evidentemente, houve um certo grau de arbitrariedade na escolha do número de dependentes da nossa amostra. Todavia, preferimos o risco de acompanhar, basicamente, as informações das pessoas entrevistadas, procurando conferi-las através do registro sistemático de todos os momentos e fases estabelecidas no nosso trabalho, a recorrer a um survey quantitativo, com instrumentos formais para rigoroso controle das fontes de consulta. Na verdade, o uso de tais recursos, na prática, seria inviável, ou quase impossível, pela atipicidade da população dependente de droga, em constante mobilidade.

6 Gíria para designar locais onde grupos de dependentes se reúnem para aplicação da droga.

Iniciamos o trabalho com 16 dependentes. Vale ressaltar, contudo, que a possibilidade do informante "sair de circulação" de um momento para outro, ou que se "apagasse" no "tapa" ou no "bode"⁷ - risco sempre presente no seu cotidiano - foi considerada desde o início da pesquisa e, conscientemente, assumida. E assim aconteceu. No final, somente pudemos contar com 10 dependentes. Uma questão que se coloca nesta escolha é a de que se, por um lado, a redução do número de dependentes permitiu maior envolvimento e percepção mais acurada; por outro, tolheu-nos a possibilidade de generalizar, porque nos manteve no marco das especificidades dos dependentes estudados. Ganha-se em profundidade, mas perde-se na generalização dos resultados.

Com relação à equipe terapêutica, foram entrevistados quatro assistentes sociais, uma psiquiatra, uma psicóloga e uma socióloga. Como linha de trabalho, optamos por uma variante do método conhecido como observação participante (BRANDÃO, 1982; GUIMARÃES, 1980; LEITE, 1978; RILEY & NELSON, 1976; SCHWARTZ & SCHWARTZ, 1955).

2. Instrumentos e coleta de dados

Concretamente, o procedimento e a organização da coleta de dados obedeceram a duas fases distintas: a primeira, na instituição com os profissionais da Divisão de

⁷ Gíria para designar a fase de inoculação do produto, via parenteral e fase depressiva com o término do efeito do produto.

Serviços Técnicos -DST-; a segunda, no trabalho de campo, onde os dependentes foram observados em seu próprio ambiente.

A fase denominada Institucional foi desenvolvida em duas etapas: na primeira, o levantamento de material consistiu na coleta preliminar de dados, através dos relatórios anuais da Divisão de Serviços Técnicos da Secretaria da Segurança Pública de Pernambuco; na segunda etapa, o levantamento dos dados foi dirigido aos profissionais da Divisão de Serviços Técnicos. Desse modo passamos a visitar regularmente o setor, observando o atendimento cotidiano, as práticas terapêuticas empregadas, o relacionamento terapeuta/agentes e o processo de identificar e apreender o dependente.

O trabalho, de caráter exploratório, realizado nesse período não apenas visava conhecer o espaço físico, como também obter dados preliminares que possibilitassem delimitar, de forma precisa, o roteiro básico das entrevistas a serem realizadas posteriormente. Do ponto de vista cronológico, essa atividade abrangeu os meses de fevereiro, abril, maio, junho, agosto, setembro, outubro e novembro de 1982. Nesse período, participamos do Grupo de Trabalho "O Desvio em Questão", coordenado por Gilberto Velho, no Encontro Anual da Associação Brasileira de Antropologia, em São Paulo, onde expusemos o nosso estudo. Na ocasião, muitas dúvidas ficaram esclarecidas e várias sugestões foram incorporadas ao trabalho.

Muito embora houvésssemos, previamente, elaborado

um roteiro,tivemos a preocupação de usá-lo apenas como ponto de apoio, evitando que os entrevistados ficassem exclusivamente presos a ele,de modo que fosse possível extrair, além das respostas que nos interessavam diretamente,informações que brotassem no informante de maneira espontânea e para as quais não estivéssemos alertados,mas que,de qualquer forma,poderiam ser utilizadas em nosso trabalho. O roteiro foi assentado basicamente em duas grandes linhas, que refletem a nossa hipótese. Esclareça-se que tais linhas de abordagem não podem ser vistas isoladamente . A primeira foi centrada no histórico institucional da Divisão de Serviços Técnicos.Na segunda,procurou-se explorar, de forma geral, os diversos tipos de encaminhamento terapêutico e o posicionamento dos técnicos nesse esquema de trabalho.

Na fase que denominamos de Individual,reportamo-nos à pesquisa de campo,tendo como informante,**exclusivamente** o dependente de Algafan fora do contexto institucional. Conforme já foi dito,tivemos que reorientar a proposta inicial e,em decorrência disso,nota-se um intervalo de tempo de aproximadamente dois anos na retomada do estudo. Esta fase foi iniciada em agosto de 1984 e concluída em maio de 1986.As informações foram obtidas não apenas através da verbalização dos dependentes (individualmente ou em grupos), mas sobretudo,pela observação, nas oportunidades que se ofereciam ao entrevistador, das situações de campo.

A coleta de dados constituiu-se de observação

participante (narrada em pormenores, no tópico seguinte), na entrevista aberta e no uso do gravador para colher as histórias de vida, as quais se revestem de considerável importância para o estudo do comportamento desviante. Vários autores têm feito uso dessa técnica. **SUTHERLAND** publicou, em 1937, a auto-biografia de um ladrão profissional, embora **Clifford R. SHAW** seja um dos que mais ênfase tem dado a essa prática no estudo dos delinquentes. Para esse autor,

" história de vida de um delinquente é o relato feito por ele próprio de suas experiências, sob a forma de uma auto-biografia, de um diário ou através de uma série de entrevistas. O feitiço peculiar de tais documentos é que eles são registrados na primeira pessoa, nas próprias palavras do delinquente, não sendo traduzidos na linguagem do investigador" (1968:1).

Outro autor, **Abram KARDINER**, em 1945, realizou, estudos biográficos estimulando o interesse pela história de vida, onde salienta a importância do estudo da cultura na qual está inserido o indivíduo, para poder melhor entendê-lo. Daí porque procuramos investigar, neste trabalho, alguns aspectos da vida dos dependentes, isto é, para melhor compreender seu atual comportamento e os fatores que os conduziram ao desvio.

Só utilizamos o gravador quando havia já alguma segurança, da parte do informante, quanto às nossas intenções e garantia de seu anonimato. Realizamos gravações em duas etapas, o que nos foi altamente proveitoso, uma vez que muitas das informações ocultadas nas primeiras conversas fuíam com nitidez nas subseqüentes.

As entrevistas, realizadas nessa fase, foram semi-

estruturadas, com roteiro flexível. Este continha quatro pontos-chaves, a partir dos quais, primeiramente, registrávamos estes pontos relacionado-os, depois a outras informações que o dependente, espontaneamente, fornecia sobre si, sua família, sua vida. Estes pontos-chaves diziam respeito às representações do dependente: sobre ele mesmo, sobre os outros dependentes, sobre o DST e, ainda, sobre suas perspectivas após a "passagem" pela Delegacia de Entorpecentes. Com referência ao número de entrevistas, o critério se estabeleceu no correr da pesquisa, à medida que o material colhido foi tomando forma. Como a pesquisa não se baseia em dados quantitativos ou estatísticos, foi feito o número de entrevistas suficiente para configurar um "padrão", estruturalmente invariante, das histórias de vida coletadas. Quando as entrevistas evidenciaram esse padrão, tornando-se repetitivas e confirmando as anteriores, demos por suficiente o número de entrevistas já realizadas.

Na transcrição das entrevistas, tivemos a preocupação de manter a fidelidade à forma de expressão dos informantes e, neste sentido, sempre que possível, utilizamos as informações na sua forma original. Todo o material coletado, tanto na fase institucional como na individual, foi revisto criticamente. No que tange às lacunas observadas (informações desconexas, contrastantes ou incompletas), foi-nos possível superá-las em alguns casos.

Como se observará durante o desenvolvimento deste trabalho, as opiniões originárias de dois universos

distintos(terapeutas e dependentes) são significativamente coincidentes,o que demonstra que as questões que discutimos não atingem apenas ao dependente mas preocupam a todos aqueles diretamente ligados aos problemas de drogas.

À proporção que se desenvolvia a coleta de dados primários, crescia a necessidade de consulta à bibliografia especializada no assunto. Nesse sentido,fizemos levantamento sistemático do vasto material publicado sobre o "problema" do dependente, tanto do ponto de vista das esferas oficiais,quanto de trabalhos acadêmicos,objetivando conhecer a filosofia que orienta e justifica a ação institucional. Para esse levantamento, contamos com o Sistema COMUT (Comutação Bibliográfica) na Fundação Joaquim Nabuco, através do qual obtivemos vários e importantes trabalhos na área do desvio. Fizemos,tambem,solicitações à BIREME (Centro Latinoamericano de Informação em Ciência da Saúde),à Biblioteca Central da UFPE; Blacwell's;Livraria Francesa e a editoras especializadas em bibliografia sobre o tema.Os documentos oficiais utilizados foram:Decretos,Regulamentos, Leis e Discursos de Legisladores responsáveis pela Lei n. 6.368/76. O tratamento dado ao acervo levantado foi o de elaboração de fichas de conteúdo por assunto e da referência bibliográfica.

3.Abordando o Dependente

SCHWARTZ & SCHWARTZ definiram a observação participante

"as a process in which the observer's presence in a social situation is maintained for the purpose of scientific investigation. The observer is in a face-to-face relationship with the observed, and, by participating with them in their natural life setting, he gathers data. Thus, the observer is part of the context being observed, and he both modifies and is influenced by this context. The role of participant observer may be either formal or informal, concealed or revealed; the observer may spend a great deal or very little time in the research situation; the participant-observer role may be an integral part of the social structure or largely peripheral to it"(1955:344) 8

Convém explicitar melhor a maneira pela qual se fez a observação participante na pesquisa em foco. A observação, em decorrência da perspectiva metodológica assumida, constituiu-se, em si mesma, em condição para a realização do trabalho. Conviver com o dependente foi o **segredo** metodológico, se se pode assim falar, do trabalho realizado. E **conviver** significou estar com eles em seus lugares de vida cotidiana: calçadas, terrenos baldios, residências, esquinas, casas abandonadas, praças, "locais de 'liga'", "bocas de fumos", entre outros.

Para realizar nossos encontros com os dependentes de Algafan, tivemos que superar as barreiras impostas pelos canais formais e oficiais, uma vez que nossos primeiros contatos foram estabelecidos na Delegacia de Entorpecentes, onde encontrávamos os dependentes identificados e ali submetidos ao "tratamento de

8. "como um processo através do qual mantém-se a presença do observador numa situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador estará em relação face a face com os observados e é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto. O papel do observador participante pode ser formal ou informal, velado ou declarado. O observador pode dedicar um tempo mais longo ou muito pequeno às situações de pesquisa. O papel do observador participante deve constituir-se numa parte integrante da estrutura social ou estar amplamente relacionada a essa estrutura". (Tradução livre)

recuperação" imposto pelo Cap. II Artigos 8., 9., 10., 11. e 12. da Lei 6.368/76 e operacionalizado pela equipe interdisciplinar da Divisão de Serviços Técnicos, criada, em 1978, pela Secretaria da Segurança Pública de Pernambuco. Através desses contatos, tornou-se evidente que os dependentes se guiavam por referências próprias para classificar e entender a realidade. Partilhavam de um código simbólico que não era facilmente acessível para os de "fora", os neófitos.

Percebíamos que era necessário, não apenas penetrar nessa realidade que ora se apresentava, mas tentar desvendá-la por outros canais, que não os oficiais. Assim, procurávamos outra fonte de contatos, fora da Delegacia, por intermédio de um estudante universitário, que era, também, agente policial, mas que gozava da confiança dos dependentes. Pouco a pouco, fomos familiarizando-nos com o mundo dos dependentes, ganhando espaço e facilidade de acesso a eles.

Como a qualidade de pesquisador impunha uma barreira inicial de desconfiança, procuramos eliminar as impressões negativas que os informantes tinham a nosso respeito. Sentimos muitas vezes, no decorrer das entrevistas, que, pelo fato de termos sido reconhecida por alguns elementos do grupo, por ocasião de sua passagem na Delegacia, a espontaneidade nos comportamentos era prejudicada, provocando o encubrimiento de certos fatos, "os segredos de bastidores". Nas palavras de GOFFMAN,

"quando um indivíduo entra na presença de outros, eles comumente procuram adquirir informações a respeito dele[...] a informação sobre o indivíduo ajuda a definir a situação, capacitando outros a saber de antemão o que será esperado deles e o que eles podem

esperar do primeiro [...] Do ponto de vista do indivíduo, usualmente haverá uma razão para ele mobilizar sua atitude de tal forma que veicule uma informação para os outros que é de seu interesse veicular" (1975:11).

Para atingir determinado grau de credibilidade entre os informantes, permitindo-lhes sentirem-se à vontade para descrever ocorrências da sua vida diária, um longo caminho foi percorrido. Deve-se reconhecer que não foram poucas as dificuldades encontradas. Os informantes deixavam transparecer claramente seus receios quanto à hipótese de que suas informações seriam levadas ao conhecimento da polícia. Comenta MALINOWSKI que a "construção" da pessoa do pesquisador vai explicar o tipo de informação fornecida. (Apud, LEMGRUBER, 1983) Acreditamos que conseguimos **construir** uma imagem positiva na medida em que, aos poucos, a categoria estudada percebia que seus depoimentos e acusações não seriam divulgadas entre os elementos da polícia ou outros setores institucionais. Fomos, diversas vezes, testados: revelaram-nos incidentes que, divulgados, ocasionariam necessariamente punição para os envolvidos. Em certa ocasião, por exemplo, de forma proposital, em nossa presença simularam uma 'transação' de vários 'pacaus' de maconha.

Embora o contato no ambiente cotidiano dos dependentes facilitasse uma identificação mais positiva de nossa parte com os entrevistados, os quais, paulatinamente, foram se descontraindo em seus depoimentos, outros problemas surgiram, tais como: o não-domínio do quadro simbólico de referência do grupo que pretendíamos estudar quanto a expressões peculiares, movimentos, vestimentas, tom de voz, linguagem (gíria)

e, sobretudo, certas atitudes como insensibilidade ao odor desagradável, fétido, que suas feridas exalavam, a ausência de censura no momento das 'ligações', e o fato de não 'dar bandeira' ao avistar policiais. Os contatos nesses ambientes criaram uma relação de confiança, de amizade e interação com o dependente.

A nossa presença em certos locais expunha-nos a alguns riscos, como o envolvimento em situações vexatórias (batidas policiais, por exemplo). Não era com facilidade que tais problemas iam sendo resolvidos. A observação participante teve que ser revista e redefinida. Concordamos (pesquisadores e pesquisados) em que necessitávamos de mútua colaboração. Desse modo, como a coleta de dados exigia profundidade e tempo, o local teve que ser, pelos dois lados, previamente acertado. Redefinida a forma de contato e de investigação empírica, passamos a colher com naturalidade as informações.

Para melhor compreensão, procuramos traçar um rápido perfil de cada um dos 16 dependentes escolhidos para este estudo. Utilizamos, para isso, os dados colhidos nas histórias de vida e nas entrevistas, ressaltando-se, porém, alguns aspectos mais significativos e concretos de suas existências. Tendo em vista a nossa promessa de que permaneceriam anônimos, bem como o sigilo exigido pelo art. 26 da Lei 6.368, seus nomes aqui constantes são fictícios ou foram disfarçados através de apelidos.

POPEYE - 25 anos, solteiro, polidependente (Maconha, 4 anos; Prevíum;

Algafan, 8 anos), pernambucano de cor negra, zelador de carro nas proximidades da Livro 7. Irrequieto, expressão de busca no rosto intranquilo. Perdeu a mãe ainda pequeno. Morto 'fazendo presença'. Seu apelido provém da semelhança de seus braços endemaciados com o conhecido personagem do desenho animado. Usava duas 'cargas' diárias, em média de 10 drágeas para cada 'carga'.

CALANGO - 16 anos, solteiro, polidependente (Maconha e Previum, 4 anos; Algafan, 1 ano), tipo meio aloirado, de estatura média. Sua escolaridade não chegava ao primeiro grau menor. Apesar de haver trabalhado como contínuo, não era profissionalizado. Mãe analfabeta, trabalhava como empregada doméstica. Vivia perambulando pelas ruas centrais do Recife. Envolvido no escândalo do Edifício Pirapama (pederastia e tráfico de drogas). Infrator desde os 14 anos por roubo de jóia. Morto quando fugia de uma batida policial. Usava 1 'carga' diariamente, com 10 drágeas.

CARECA - 26 anos, solteiro, polidependente (Catovit; Anestésicos; Maconha; Algafan, 5 anos). Era mulato, magro e de pequena estatura. Estudante de veterinária. Morava na Comunidade do Passarinho (bairro de Dois Irmãos). Morto fazendo 'presença'. Inteligência privilegiada. Conversava fluentemente, denotando bom nível de conhecimento, proveniente das leituras realizadas. Seu comprometimento somático era bastante evidente por perda de membros superiores (dedos) e paralisia parcial de um braço. Não conheceu os genitores, tendo sido criado por um casal da própria comunidade. Usava 2 "cargas" diárias, utilizando, em média, 8 drágeas.

TOTA - 20 anos, separado da mulher, polidependente (Maconha, 5 anos; Algafan, 2 anos), moreno claro. Possuía o segundo grau incompleto. Caçula. Órfão de pai. Sua tia (irmã da mãe) foi casada com um dependente (DINHO). 'Brocas' generalizadas. Suspeito de AIDS, o que provocou a separação. Perambulava pelas imediações do Bar Mustang. Os dependentes estavam se afastando dele para 'fazer presença' por causa da suspeita da doença. Morto quando 'curtia um bode', por um marginal que lhe aplicou várias peixeiradas. 'Cargas' diárias, utilizando, em média, 10 drágeas.

DINHO - 25 anos, casado e pai de três filhos, polidependente (Maconha; Algafan), branco. Possuía o segundo grau completo. Trabalhava com o pai no ramo de vendas. Filho único de pais idosos. Boa situação econômica. Bom relacionamento familiar. Extrovertido. Residia nas proximidades do pátio de Santa Cruz (Boa Vista). Tentou todos os tratamentos para livrar-se da droga. Liderança nata. Aparência envelhecida devido aos edemas. Encontrado morto num quarto de pensão no interior do Estado da Paraíba. Morreu em plena 'viagem' e, devido à rigidez pós-morte, não foi possível evitar a expressão risonha no rosto cadavérico. Família e amigos chocados no enterro. Cerimônia curiosa, feita por outros dependentes na ocasião. Despediram-se falando em reencontro no futuro, dizendo que breve eles (dependentes) iriam encontrar-se com DINHO "numa boa". Cada um "falou" alguma coisa. Depois, depositaram flores no túmulo. Foi comovente e ritualizado o cerimonial todo. A família respeitou todo aquele ritual dos "amigos" do filho, marido e pai.

NIL - 23 anos, casado, polidependente (Maconha; Algafan, 4 anos),

mulato,barbeiro. Pais vivem juntos. Teve a perna esquerda amputada devido à gangrena provocada por um 'cano' infectado.Morava em Boa Viagem. O contato conosco foi muito breve. Com ar meio desconfiado, ele aceitou conversar,mantendo, entretanto, um diálogo com meias palavras, mostrando-se bastante reservado. Quando surgiu outra oportunidade de aproximação,fugiu de nossa tentativa de contato. Morto em julho de 1985 por septicemia.

MAGO - 22 anos,casado e pai de dois filhos,polidependente (Maconha; Algafan,1 ano),negro. Escolaridade quase nenhuma. Lavador de carro nas proximidades da Delegacia de Entorpecentes. Trabalha esporadicamente na floricultura de uma funerária nas imediações do Cemitério de Santo Amaro. Realiza pequenos serviços para as técnicas do DST(lavagem de carro, lanches, pagamentos, recados). Apresenta dificuldade de se expressar verbalmente,uma vez que não se concentra. Vive divagando. Atualmente reside em Peixinhos . Foi abandonado pela mãe assim que nasceu.

BOLOLO - 22 anos,solteiro,polidependente(Maconha;Fiorinal;Algafan 2 anos), branco. Caçula. Atualmente trabalha como motorista particular. Trabalhava como Chefe de Gabinete da Casa Civil. Dentes estragados,embora se apresente visualmente bem asseado. Ao conversar, revela sua origem de boa família (classe média-média). Pai idoso. A irmã mais velha é Promotora,de temperamento dominador e influencia os pais,provocando conflitos. Família muito preocupada com o **status** econômico,inclusive encobre a situação de dependência do filho. A mãe mimou-o muito em criança. Cicatrizes espalhadas por todo o corpo. Perambulava pelas ruas de

Santo Amaro quando foi contactado pela primeira vez. Submeteu-se ao tratamento em várias entidades: Jaime da Fonte, Sanatório Recife, Clínica Peniel, Desafio Jovem de Belo Horizonte e do Recife. Foi acompanhado por uma psiquiatra contratada pela família. Denota profunda mágoa com relação à figura materna, responsabilizando-a pela sua situação atual. Normalmente sua genitora avisa a polícia quando ele fica 'ligado' e, em consequência, é "encaminhado" à Delegacia.

TONY - 26 anos, solteiro, polidependente (Eritós; Fiorinal; Amosterona; Tonopan; Previum; Optalidon; Reactivan; Benemim; Pambenyl; Tussiflex; Algafan, 8 anos), pardo claro. Escolaridade: segundo grau incompleto. Não trabalha. Era tipógrafo. Residência em Agua Fria. Foi criado pela irmã, a mãe morreu quando tinha 8 anos. Brocas por todo o corpo. Tomou a primeira 'carga' com DINHO, em 1978. Quando é detido fica no xadrez da Delegacia de Entorpecentes em posição fetal durante todo o tempo em que permanece lá. Utiliza 30 drágeas para cada 'carga'.

TARE - 24 anos, solteiro, polidependente (Maconha; Algafan), branco. Escolaridade segundo grau incompleto. Atualmente não trabalha mais. Primogênito. Católico. Reside em Casa Amarela. Bom relacionamento familiar. Ponto de encontro geralmente nas proximidades do Bar Mustang. Andava sempre acompanhado por TONY e TÔTA (faziam 'presença' sempre juntos).

MINEIRINHO - 20 anos, casado, polidependente (Maconha; Algafan, 1 ano). É um jovem mulato claro. Abandonou os estudos na oitava série. Trabalhava na Escola Polivalente. Foi abandonado pela mulher há um ano e meio. Tem um filho, mas nunca o viu, pois a esposa teve

a criança no Rio de Janeiro, após a separação. Tem ulcerações generalizadas e articulação prejudicada por efeito de uma aplicação sobre a enervação. Começou a drogar-se uma semana depois que foi abandonado pela esposa, com o intuito de esquecê-la e seguindo o **conselho** (grifo nosso) dado pelo primo usuário de maconha. Tentou recuperar-se no Desafio Jovem (Pastor Joel), mas foi mandado embora porque não conseguia dormir. Vive com os pais. Seu genitor é policial da Secretaria da Segurança Pública de Pernambuco. Utiliza, em média, 5 drágeas para cada 'carga', 2 vezes por semana.

DAL - 28 anos, solteira, polidependente (Maconha, 8 anos; Previm, 2 anos; Gluconergan; Algafan, 5 anos). Proveniente da zona rural de Pernambuco. Morena clara, escolaridade quase nenhuma. Prostituta com passagem pela Delegacia de Roubos e Furtos. 'Brocas' generalizadas, inclusive na genitália. Contatos iniciais foram feitos na Delegacia de Entorpecentes. Frequência de uso: duas **cargas** diárias em dias alternados, de 10 drágeas cada uma.

QUINHO - 16 anos, solteiro, polidependente (Maconha, 2 anos; Algafan, poucos meses). Pardo claro, conversador. Estudante da sexta série, com residência no Alto do Pascoal. Família numerosa, pais vivem juntos. Deseja recuperar-se e apegar-se a qualquer possibilidade que indique uma cura. Passou pelo Desafio Jovem (entidade evangélica com filial em Aldeia), mas fugiu porque não aceitou a Religião. Problemas comuns da adolescência. Iniciou-se nas drogas no Grupo Escolar com outros colegas da mesma idade.

COCOTA - 18 anos, solteira, polidependente (Maconha; Algafan), mulata.

Dificuldade de se expressar verbalmente, fala quase que exclusivamente por gíria. Não trabalha. Caçula. Residente no Pina. É apavorada com a idéia de ser mutilada. Na sua história de vida, revelou que foi desmamada de forma brutal: pimenta malagueta no peito da mãe. Sob o efeito da 'liga' afirma que suas **brocas** são parecidas com os seios da mãe. Conflitos acirrados com familiares pelo fato de que ela dormia com a mãe, e o pai não aceitava a situação. Local de contatos: um terreno baldio perto da Praia do Pina. Adora discoteca. Sob o efeito da 'liga', exarceba sua afetividade para com a **figura materna**. Acredita que o Diabo tomou conta do corpo dela.

LULA - 26 anos, solteiro, polidependente (Iniciou fumando Maconha aos 15 anos no Parque 13 de Maio, vendo outros rapazes fumarem. Foi usuário de Perventin, Estilase e experimentou cocaína e haxixe numa festa de estudantes colombianos da Universidade Rural, Algafan, 4 anos), branco. Cursava, na época, o segundo grau maior. Primogênito. Criado pelos avós. Mãe trabalha fora. Somente com o avô mantinha bom relacionamento. Cometia pequenos furtos na residência para comprar droga (Algafan). Nosso primeiro contato foi numa esquina do bairro onde morava (Boa Vista), em outubro de 1981, sob o efeito de uma 'carga' na jugular. Corpo coberto de **brocas** e com sérios problemas vasculares. Desapareceu. Falava fluentemente quando estava 'ligado'. Timidez excessiva quando estava sem o efeito da 'liga'. Utilizava 6 drágeas por 'carga'.

PITOCO - 18 anos, solteiro, polidependente (começou com Catovit em 1981; depois passou para Algafan; Eritós; Cola; Maconha e o que aparece), louro e miúdo, sempre alheio ao que ocorre ao seu

redor. Possui quarta série do primeiro grau menor. Não trabalha. Ponto de contato: o beco que une a Rua do Hospício com a 7 de Setembro. Problemas endócrinos não permitiram seu desenvolvimento normal. Órgãos sexuais atrofiados, ausência de caracteres sexuais secundários (pêlos, voz, tamanho, etc). 'Brocas' extensas por todo o corpo. Exala mau cheiro permanente, de carne putrefata. Vive na rua desde os 9 anos. Iniciou-se na droga com pessoa que foi criada junto com ele no Alto do Pascoal. Quando retorna da 'liga' é sempre chorando e chamando pela Mãe. A mãe morreu quando ele tinha 8 anos de idade. Usa 3 a 4 'cargas' diárias, utilizando, em média, 10 drágeas.

Sinopse geral do perfil dos dependentes

Os traços comuns são: polidependência, família desagregada, psicopatia, nível sócio-econômico baixo, atividade laboral esporádica; escolaridade ao nível do Primeiro Grau; iniciação ao uso no período da adolescência; valorização da figura materna; tipo de droga utilizada .

Entre os traços divergentes destacam-se: tempo de uso de Algafer; idade; dosagem; frequência de uso; estado conjugal; passagem pela DST; delinquência; distribuição espacial.

CAPÍTULO II - POR DETRÁS DE MUITAS MÁSCARAS

"Os mesmos ideólogos que puderam imaginar que o direito, a lei, o Estado etc, brotam de um conceito geral, talvez, em última instância, o conceito de Homem, e que se desenvolveram graças a este conceito; estes mesmos ideólogos podem também imaginar, naturalmante, que os crimes se cometem simplesmente para desafiar a um conceito, que não são senão uma maneira de enganar-se os conceitos e que só se castiga para dar reparação aos conceitos violados".

Karl Marx
A Ideologia Alemã

1. A Representação Social das Drogas

Em linhas gerais, será analisada a legislação de tóxico brasileira desde 1890 até 1976, esta última a Lei n.6.368, em vigor. Tais documentos estudados não estão soltos no espaço e no tempo. Eles refletem a estrutura político-legislativa e, sobretudo, as idéias e concepções médicas das épocas em que vigoraram. As razões aduzidas para explicar as mudanças quanto à assistência ao dependente de drogas variam de uma situação a outra. Face a este raciocínio, nosso objetivo, neste capítulo, é desenvolver a idéia de que a cultura, o meio político, a realidade médica, são, de fato, geradores ou mantenedores de conceituação de **enfermidade social** para as dependências em drogas.

A conversão do uso de drogas em um problema público, no Brasil, remonta às últimas décadas do século XIX e se articula de forma inequívoca ao processo de intervenção médica implementado por agentes praticantes da medicina social no tratamento da saúde; e é retomada nas primeiras décadas do século XX pelo movimento da Psiquiatria Organicista. Tais agentes pressionaram as autoridades públicas no sentido de que medidas concretas fossem tomadas para resolver a situação criada pelo abuso de drogas. A medicina social, exercida pelos doutores diplomados pelas faculdades, distinguia-se no terreno da **arte curativa** (medicina tradicional), por assumir como objeto de sua ação a **saúde** e não a **doença**. A mudança de objeto, determinada pela medicina social, provocou, em contrapartida, substanciais alterações no que diz respeito aos seguintes aspectos: primeiro, o

objetivo da medicina - da cura para a prevenção; segundo, seu espaço de intervenção - do hospital para a comunidade; e, por último, o sujeito de sua ação - do indivíduo para a sociedade.

Surtem, daí, a figura do especialista médico e a preocupação com a prevenção da **saúde pública**. Sob este critério, a medicina social institui novas técnicas de controle social, como meio para o combate às causas das chamadas **doenças sociais**. Para ela, as determinantes dos males que afligiam o Brasil eram de duas ordens: o clima tropical e a miscigenação racial. Justifica-se, deste modo, a ação institucional sobre o indivíduo, a fim de impedir e/ou corrigir seus comportamentos **anti-sociais**, uma vez que, no discurso oficial, o problema do dependente de droga se apresenta como um fenômeno social, de modo que estes indivíduos são concebidos, não mais como agentes de delinquência, mas como vítimas. (ADIALA, 1985)

Na verdade, todo um aparato médico-jurídico-policial é montado para combater a disseminação social das drogas, o que podemos acompanhar observando os sucessivos decretos, decretos-leis, portarias e resoluções. Desse modo, os códigos e decretos legislativos têm-se modificado, acompanhando as mudanças sociais e as idéias vigentes em cada época.

Faz-se, aqui, um retrospecto histórico da legislação de tóxico no Brasil, desde o Código Criminal do Império até a Lei n. 6.368/76, ora em vigor, tentando apreciar, do ponto de vista cultural, a evolução das idéias que nortearam essas

modificações.

Como se pode observar, o discurso que faz a lei (no caso de drogas) proscree o pensar e, com isso, dá lugar à repressão do dizer e do fazer. ALBUQUERQUE afirma que

"o discurso que faz a lei é objeto de uma luta política em que está em jogo a apropriação do poder de dominação que autoriza o dizer e o fazer a lei"(1980:65).

Se as normas aparecem como exteriores, objetivas, apresentando-se como definições da realidade, elas são de natureza social, tendo sido criadas no decorrer do processo de interação de indivíduos sociais concretos. Sendo produto da interação, as normas mantêm direta conexão com a produção do significado e as relações de poder inerentes à sociedade, no sentido proposto por GIDDENS:

"'Poder', no sentido de capacidade transformadora da atuação humana, é a habilidade do ator em intervir numa série de acontecimentos, de maneira a alterar seu curso; como tal, ela é o que **pode** que media as intenções ou desejos e a realização verdadeira dos resultados buscados. 'Poder', no sentido mais estreito, relativo, é a propriedade de interação, e pode ser definido como a capacidade de garantir os resultados quando a realização destes resultados depende da ação dos outros. É neste sentido que os homens têm poder 'sobre' os outros: este é o poder de dominação"(1978:118).

PARSONS explica que há sempre tendências a desviar, a separar-se da conformidade em relação aos padrões normativos que são comumente aceitos... Estas tendências colocam "problemas para o sistema social, pois o desvio, se tolerado além de certos limites, acabará por mudar e desintegrar o sistema", e ainda afirma que, "para induzir os renitentes a abandonar o desvio e

novamente se conformarem com o sistema, são necessários mecanismos de controle social"(1951:206).A violação da ordem será tolerada de acordo com os códigos de valores que distinguem a vítima,o infrator e o objeto da questão.

2.Ciclos Legislativos

Seguindo uma visão cronológica,podemos considerar dois grandes ciclos legislativos como marcos divisórios na legislação brasileira, referentes às substâncias que determinam dependência física ou psíquica. O primeiro ciclo vai desde o Código de 1890 até a alteração do artigo 281 do Código Penal pela Lei n.4.451,de 4 de novembro de 1964. O segundo inaugura-se com o Decreto-Lei n. 159, de 10 de fevereiro de 1967,até a vigente Lei n. 6.368,de 21 de outubro de 1976.

2.1Primeiro Ciclo Legislativo

O Código Criminal do Império mantinha silêncio sobre a matéria **droga**, que vinha disciplinada pelo Regulamento de 29 de setembro de 1851, ao tratar da polícia sanitária(art.51) e da venda de medicamentos e de quaisquer substâncias medicinais(art.68 e segts). Com a Proclamação da República, a nova legislação, denominada de Código de 1890, segue a mesma orientação anterior, considerando crime contra a saúde pública:

"Expor à venda, ou ministrar substâncias venenosas, sem legítima autorização e sem as formalidades prescritas nos regulamentos sanitários. Pena: de multa de 200\$ a 500\$000"(art.159)

A legítima autorização para a venda e

administração de substâncias venenosas era feita através da Diretoria Geral de Saúde Pública. A **definição legal** de substância venenosa, colocada em parágrafo do art. 296, **Crime de envenenamento**, era a seguinte:

"Substância venenosa é toda substância mineral ou orgânica que, ingerida no organismo ou aplicada ao seu exterior, sendo absorvida, determine a morte, ponha em perigo de vida ou altere profundamente a saúde"(ADIALA,1985; ROMA,1980)

Como se pode notar, o artigo 159 reforçava o controle da prática médica pelos agentes credenciados, os diplomados pelas faculdades. A inclusão do uso de drogas entre os crimes contra a saúde pública fez parte da estratégia de oficialização da Medicina Social como medicina do Estado. A utilização de certos termos adotados na redação do artigo, tais como: substância venenosa, legítima autorização, crime contra a saúde pública, foi concebida a partir de pressões médicas e institucionais que terminaram por produzir toda uma ideologia de representação das drogas e a incorporação dessa representação pelo sistema punitivo da época.

A regulamentação da circulação social das **substâncias venenosas** não satisfez aos agentes da Medicina Legal. Assim, nas primeiras décadas do século XX, a preocupação com o uso de drogas foi retomada pelos adeptos da Psiquiatria Organicista, que partilhavam da preocupação com a prevenção eugênica e acreditavam que as drogas eram uma das principais causas da alienação mental. Henrique **ROXO**(1928), um dos principais nomes da psiquiatria organicista, comentando as causas da alienação mental no Brasil, destacou o papel do alcoolismo na origem de doenças

mentais e na degeneração da descendência.

A identificação do hábito de ingerir álcool com a manifestação da doença mental, traçada pelos psiquiatras, irá se estender até as drogas (anestésicas/narcóticas). Os psiquiatras acusam o surgimento de um novo costume no Brasil - o hábito de consumir drogas por auto-prescrição, sem uma explícita finalidade terapêutica -, que já era comum nas grandes cidades da Europa e dos Estados Unidos. As drogas anestésicas/narcóticas como **substâncias causadoras de toxicomanias** passam a preocupar as autoridades responsáveis pela Saúde Pública. Uma vez reconhecendo no uso de tóxico uma **doença mental**, a Psiquiatria reclama das autoridades um tratamento médico para os toxicômanos, mediante sua internação nos **asilos psiquiátricos**. Está criada uma nova categoria social: os toxicômanos.

Portanto, insere-se a noção de desviante, como forma de classificação, e isto remete à problemática de demarcação de fronteiras entre grupos sociais. **"As acusações são forma de manutenção de normas de um grupo para reafirmar o comportamento rotineiro necessário à sua prática social"** (PERELBERG, 1975:386). Nesse sentido, a definição como uma categoria social vai ser desenvolvida através das ações que implicam no seu **reconhecimento, tratamento e conseqüências**. Mary DOUGLAS, analisando o papel das acusações e crenças em feitiçaria na Idade Média, considera que

"essas crenças são, fundamentalmente, meios de esclarecer e afirmar definições sociais. Elas permitem a distinção dos grupos e a percepção de suas fronteiras ideológicas" (Apud, PERELBERG, 1975:393)

As medidas legislativas não se fizeram esperar: a

edição do Decreto n. 4.294 e as medidas tomadas deixam clara a influência da Psiquiatria no campo das drogas.

Decreto-Lei n. 4.294, de 6 de julho de 1921

Inspirado na Convenção de Haia, de 1912, o Presidente Epitácio Pessoa manda editar este Decreto, em face da grande difusão do ópio e da cocaína. O Decreto foi elaborado pelo Dr. Galdino Siqueira, Juiz da Quarta Vara Criminal, de acordo com a Comissão nomeada pelo Sr. Ministro da Justiça, Dr. Alfredo Pinto Vieira de Mello, composta pelo Desembargador Geminiano da França, Chefe da Polícia, e pelos Drs. Juliano Moreira, Diretor da Assistência a Alienados; Carlos Chagas, Diretor da Saúde Pública e Raul Camargo, Segundo Curador de Orphãos.

Este decreto substitui quatro artigos do Código Penal: o 159 (substâncias venenosas); o 396 (embriaguês); o 397 (fornecer bebidas a alguém, com o fim de embriagá-lo) e o 398 (prevê pena para os infratores dos artigos relacionados a bebidas alcoólicas que sejam donos de casas de venda de bebidas). As modificações introduzidas são: 1. estabelecem-se penalidades para os contraventores na venda de cocaína, ópio, morfina e seus derivados; 2. cria-se um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas; 3. estabelecem-se as formas de processo e julgamento dessas infrações.

Diz o art. Primeiro:

"Vender, expôr á venda ou ministrar substancias venenosas, sem ligitima autorisação e sem as formalidades prescriptas nos regulamentos sanitario. Pena: multa de 500 a 1:000\$000. Paragrapho unico: Si a substancia venenosa tiver qualidades entorpecentes, como o opio e seus derivados; cocaína e seus derivados. Pena: prisão cellular por um a quatro annos".

Art. Terceiro

"Embriagar-se por habito, de tal modo que por actos inequivocos se torne nocivo ou perigoso a si proprio, a outrem, ou á ordem pública. Pena: internação por treis meses a um anno em estabelecimento correccional e adequado".

Art. Sexto

"O Poder Executivo creará no Districto Federal um estabelecimento especial, com tratamento medico e regimen de trabalho, tendo duas secções: uma de internados judiciarios e outra de internados voluntarios" (ADIALA, 1985:9-10).

Logo após a edição do Decreto-Lei 4.294, os **psiquiatras** - em defesa da eugenia - incrementam a campanha contra os entorpecentes, exigindo maior fiscalização das farmácias e maior vigilância policial sobre os vendedores e os toxicômanos. Essa medida de controle da distribuição de drogas era fundamental na estratégia profilática dos psiquiatras, os quais acreditavam que somente assim evitar-se-ia a **degeneração racial**, afastando, o máximo possível, os toxicômanos dos entorpecentes. O próprio tratamento de recuperação do doente segue esta estratégia: internação nos asilos psiquiátricos.

A criação de uma delegacia de repressão à toxicomania foi um passo decisivo para a institucionalização do problema público dos entorpecentes. A pregação psiquiátrica conseguiu sensibilizar os legisladores, que aprovaram uma lei

rígida de combate à toxicomania. Todavia, é

" nos tribunais que opera o poder da Psiquiatria e de seus argumentos eugenistas, selecionando os indivíduos que serão submetidos a suas psicotécnicas normalizadoras"(ADIALA,op cit:16)

A pregação psiquiátrica, finalmente, reduz a autoridade policial: agora o crime será punido e o **doente** será tratado. A sociedade poderá ficar livre desses degenerados, mas terá, antes, que atender aos apelos do conluio anti-tóxico, terá que criar novos hospícios, novas prisões. Psiquiatria e Polícia juntam-se para reclamar dos governantes a construção do sanatório para toxicômanos, aprovada em lei, mas nunca concluída. Essa relação (Psiquiatria e Polícia) torna-se mais íntima nos anos 30, como veremos adiante. Com o Decreto n.14.969, de 03 de setembro de 1921, adquire relevância a criminalização dos entorpecentes.

Decreto n.14.969, de 03 de setembro de 1921

O Decreto foi elaborado pelo Dr. Galdino Siqueira, Juiz da Quarta Vara Criminal, de acordo com a Comissão nomeada pelo Sr. Ministro da Justiça, Dr. Alfredo Pinto Vieira de Mello, composta pelo Desembargador Geminiano da França, **Chefe de Polícia;** e pelos Drs. Juliano Moreira, **Diretor da Assistência a Alienados;** Carlos Chagas, **Diretor da Saúde Pública** e Raul Camargo, Segundo Curador de Órfãos; conforme dito.

Suas medidas mais importantes são: **"regulamento para entrada no país, das substancias toxicas, penalidades impostas aos contraventores e sanatorio para toxicomano".** O

capítulo I tratava "da importação, venda ou fornecimento de substancias" e o capítulo III, das "disposições processuais". O capítulo II dispunha sobre "os fins, a organização e o funcionamento do 'Sanatorio para Toxicomanos'".

O art. Nono trata, especificamente, da criação do estabelecimento:

" fica creado no Districto Federal, sob a denominação de Sanatorio para Toxicomanos, um estabelecimento para ministrar tratamento medico e correccional, pelo trabalho, aos intoxicados pelo alcool ou substancias inebriantes ou entorpecentes" (ADIALA, op.cit:10-15)

Em 1934, o uso da maconha no Rio de Janeiro já era de conhecimento da polícia. A associação da maconha com a criminalidade e a "escória da sociedade" inaugura uma nova época para a campanha anti-tóxico. Edita-se o Decreto-Lei n. 24.505, de 29 de Junho de 1934, que veio substituir o Decreto-Lei n. 4.294 (IDEM:18-19). Além da relação dos entorpecentes, o Decreto trouxe duas importantes inovações em relação ao anterior.

Art. Primeiro:

" são consideradas entorpecentes para os effeitos deste decreto, e mais leis applicaveis, as seguintes substancias: o opio bruto e medicinal; a morphina e seus saes; a diacethilmorphina ou heroína; a benzoilmorphina; a dilaudite; a eucodal; as folhas de coca; a cocaína bruta; a cocaína e seus saes; a ergonina; a "cannabis indica" (grifo nosso).

Art. Vinte e cinco:

" Induzir, por actos ou por palavras , o uso de qualquer substancias entorpecentes ou, sem as formalidades prescriptas neste decreto, vender, ministrar, dar, ceder ou, de qualquer modo, proporcionar as substancias comprehendidas pelo artigo primeiro, e seu paragrapho. Pena de um a cinco annos de prisão cellular e multa de 1:000\$ a 5.00\$000".

Art. Vinte e seis:

" Quem fôr encontrado tendo consigo, em sua casa, ou sob a sua guarda, qualquer substância compreendida no art. primeiro, em dose superior à terapêutica determinada pelo Departamento Nacional de Saúde Pública e sem expressa prescrição médica ou de cirurgião-dentista, ou quem possua em seu estabelecimento, fóra das prescrições legais, qualquer das referidas substâncias entorpecentes. Penas: treis e nove meses de prisão cellular e multa de 1:000\$ a 5:00\$000".

Além das ações de **vender e ministrar** substâncias entorpecentes, o Decreto incluía na proibição legal as ações de **induzir ao uso, dar, ceder, proporcionar, portar ou guardar**, facilitando o trabalho policial de identificação dos portadores da toxicomania. Outro ponto a favor da campanha anti-tóxico foi a inclusão da **Cannabis** (maconha), na relação dos entorpecentes.

Como se pode observar, este Decreto ampliou consideravelmente o campo de ação e o poder de intervenção das autoridades públicas. A nova legislação marca com nitidez o predomínio das idéias psiquiátricas na representação social das drogas e avalia seu plano de prevenção eugênica. A **declaração legal** da toxicomania como uma doença de notificação compulsória permanecia nos planos psiquiátricos, mas somente seria posta em prática em decreto futuro.

Dois anos depois, surge o Decreto-Lei n. 790, criando a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes(CNFE), com definição de suas atribuições: o estudo e a fixação de normas gerais, de ação fiscalizadora, sobre o cultivo, exportação, extração, produção, fabricação, posse,

oferta, venda, compra, reexportação, bem como repressão do tráfico e uso ilícitos de drogas entorpecentes. Das atividades do CNFE resulta a edição do novo Decreto-Lei, o de n.891. (ADIALA,op.cit.:20).

Decreto-Lei n.891,de 25 de novembro de 1938

Como reflexo da Convenção de Genebra de 1936, que passou a disciplinar o assunto dos entorpecentes e do trabalho da CNFE, resultou a edição do Decreto-Lei n.891,de 25 de novembro de 1938, constante de 65 artigos e 5 capítulos. Este diploma legal, no artigo Segundo, proibiu o cultivo das substâncias entorpecentes no território nacional(SANCHEZ et alii,1982)

Coube a este Decreto considerar a toxicomania como uma **doença de notificação compulsória, em caráter reservado**, à autoridade sanitária local, não sendo permitido o tratamento em domicílio. Com isto, considera-a inserida na mesma categoria das doenças infecciosas.

Art. Trinta e três:

"das infrações e suas penas" -passa a proibir as seguintes ações: facilitar,instigar por atos ou por palavras, a aquisição, uso, emprego ou aplicação de qualquer substância entorpecente, ou, sem as formalidades prescritas nesta Lei,vender,ministrar, dar,deter,guardar,transportar,enviar, trocar, sonegar, consumir substâncias compreendidas no art. segundo, ou, de qualquer modo, proporcionar a aquisição, uso ou aplicação dessas substâncias. Penas: um a cinco anos de prisão celular e multa de 1:00\$000 a 5:00\$000"(ADIALA,op.cit:21)

A partir dos anos 40 a maconha passa a ser alvo da campanha anti-tóxico, e a CNFE, a principal promotora dessa

campanha no Brasil. A descoberta do uso de tóxico, principalmente da maconha, pelas populações pobres fez com que a CNFE elegesse esta erva como a **droga** por excelência, aquela que **confirmava as preocupações eugenistas**. Sua disseminação entre as classes criminosas e alienadas era o testemunho de que as medidas preventivas adotadas foram realmente necessárias. Ao eleger a maconha como a **DROGA**, a CNFE criou a oportunidade de unificar, em nível nacional, a luta contra os entorpecentes (ADIALA, op.cit:21).

Decreto- Lei n. 4.720, de 21 de setembro de 1942

Frente às dificuldades de importação de drogas para uso terapêutico, ocorridas no curso da II Guerra Mundial, baixou-se este Decreto, permitindo a firmas particulares o cultivo de plantas entorpecentes, bem como a extração com finalidade terapêutica. Em 1942 entra em vigor o atual Código Penal, inspirado no modelo biopsicológico (código alemão e suíço), disciplinando mais detalhadamente o assunto.

A par da difusão da maconha, foi crescendo o uso de produtos à base de anfetaminas (**bolinha**), cuja aquisição passou a ser controlada a partir de 1954, quando se proibiu a sua venda sem receita médica. As anfetaminas não estavam incluídas entre as substâncias entorpecentes, e, portanto, tinha venda livre. O uso das anfetaminas difundiu-se largamente entre profissionais, artistas, estudantes (estes, principalmente, em vésperas de provas), para manterem-se despertos, em vivacidade, como ação estimulante do cérebro (ROMA, op.cit:26).

2.2. Segundo Ciclo Legislativo

Com a adesão do Brasil, em 1964, à Convenção Unica sobre Entorpecentes, realizada em New York, em 1961, sobreveio o Decreto-Lei n. 159, de 10 de fevereiro de 1967, inaugurando a segunda fase legislativa. O objetivo do Decreto era o combate ao abuso dos medicamentos à base de anfetaminas. Através desse diploma legal, todas as substâncias capazes de determinar dependência física ou psíquica foram equiparadas a entorpecentes, para fins penais de fiscalização e de controle. Estabeleceu-se receituário especial, visando evitar a falsificação de receitas (ROMA, op.cit:25).

Em 25 de dezembro de 1968 foi editado o Decreto-Lei n. 385. Naquele ano, o Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia regulamentou a extração, produção, fabricação, transformação, preparação, exportação, armazenamento, expedição, compra, venda, troca e oferta, cessão, prescrição e uso de substâncias capazes de determinar dependência física ou psíquica. Este Decreto incluiu no elenco dos fatos puníveis a ação de "trazer consigo, para uso próprio". Alterou, ainda, a redação do art. 281 do Código Penal, que passou a se referir, de forma ampla, "à dependência física ou psíquica" e introduziu, ao lado da pena privativa da liberdade, a pena de multa, de 10 a 50 vezes o maior salário mínimo vigente no País na data de fato. Esclareceu, também, que, nas mesmas penas, estava incluso o usuário [art. 281 Parágrafo Primeiro III]. ROMA, op.cit:26-27; CATÃO & FRAGOSO, 1975:18). Um fato a ser assinalado é que este Decreto repercutiu na Jurisprudência a respeito da inexigência de

relacionamento prévio de drogas para a configuração dos delitos,⁹
ou seja, o preceito penal deixou de ser norma penal em branco.

No ano seguinte (1969), sobrevêm mais dois decretos: o de n. 753, de 11 de agosto, e o de n. 1.001, de 21 de outubro (Código Penal Militar). O primeiro dispõe sobre a fiscalização de laboratórios que produzem ou manipulam substâncias ou produtos entorpecentes e seus equiparados, de firmas distribuidoras ou depositárias das referidas substâncias e da distribuição de amostras desses produtos. O segundo penaliza os militares sobre os crimes contra a saúde, tráfico, posse ou uso de entorpecentes ou substâncias de efeito similar (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 1983:A-II-005).

Para conter o movimento ascendente da toxicomania, novo decreto repressivo teve que ser posto em prática, desta vez passando pela justificativa pública e política. O rótulo **dependente-delinquente-perigoso** veio a calhar. Por meio dele, cria-se a ilusão do irrecuperável, do inútil, do socialmente nocivo, que tem de ser contido através da manutenção de um aparato judicial sempre presente, rápido, na reafirmação dos limites rígidos e fechados impostos à categoria social dos farmacodependentes. É a utilização político-ideológica da delinquência a que se refere AGUIAR (1979). Sobrevém o Decreto-Lei n.5.726, de 29 de outubro de 1971.

9 Norma penal em branco - "são disposições cuja sanção é determinada, permanecendo indeterminado o seu conteúdo", segundo Evangelista de Jesus (Apud ,CATÃO & FRAGOSO, op.cit.:18)

O Decreto trouxe profundas alterações na conceituação de delitos, no rito processual e no sistema de tratamento dos dependentes. Essa Lei cuidou integralmente do assunto e focalizou, com realismo, a prevenção ao tráfico e uso ilícitos de entorpecentes, além de fixar medidas para o tratamento e **recuperação** dos dependentes. Por outro lado, trouxe inovações desastrosas. O chamado **rito sumaríssimo** causou sérios problemas à Polícia e ao Judiciário, e não chegou a imprimir à tramitação processual a rapidez desejada. Além disso, transformou a tradicional denúncia do Ministério Público em **acusação oral**, fato que despertou críticas generalizadas nos meios jurídicos.

A análise do Decreto revela que os valores sociais subjacentes, que permeiam este diploma legal, estão estruturados a partir do marco ideológico-político: ameaça à segurança pública, perigo para a **ordem social** e risco para a **segurança nacional**. O que transparece, em primeiro lugar, é a analogia entre a recém-criada Lei de Segurança Nacional (na sexta-feira, 13 de dezembro de 1968) e os decretos de conotação política editados no período em que prevaleceu o AI-5.

Lei n. 6.368, de 21 de outubro de 1976

O Decreto n.78.992, de 21 de dezembro de 1976, regulamenta a Lei n. 6.368, de 21 de outubro de 1976, que dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. A mudança na política nacional

reflete-se ,basicamente, na mudança do discurso. As contradições manifestas no discurso da Lei n. 6.368 (cap. 8 e 12) não advêm da falta de clareza quanto à questão da marginalidade, mas da função ideológica que ela deve exercer. Afirma AGUIAR:

"a repressão promovida pelo Estado, apesar de sua amplitude, é uma repressão seletiva, que incide sobre todos aqueles setores mais desfavorecidos da população"(Op.cit.:17).

Num plano mais específico, isto é, num sentido mais individualizado, também se faz sentir esta seletividade: a criminalização dos entorpecentes. Basta analisar o discurso da Criminologia e da Psiquiatria, duas ciências a serviço da ordem, para se ver comprovada a grande contribuição que vêm prestando à segurança do Estado.

O que se ressalta na nova Lei de Tóxico? A inovação mais significativa está no art. Nonoo, que determina:

"as redes dos serviços de Saúde dos Estados, Territórios e Distrito Federal contarão, sempre que necessário e possível, com estabelecimentos próprios para tratamento dos dependentes de substâncias a que se refere a presente Lei.

Pgr. Primeiro- Quando verificada a desnecessidade de internação, o dependente será submetido a tratamento em regime extra-hospitalar, com assistência do **serviço social competente**(grifo nosso).

Pgr. Segundo- o Ministério de Previdência e Assistência Social providenciará no sentido de que as normas previstas neste artigo e seu Parágrafo Primeiro sejam também observadas pela rede de serviços de saúde"(MEDICI,1977:91-117; MINISTÉRIO DA JUSTIÇA,1976).

A inovação é significativa porque, ao tempo em que corrige uma omissão da nossa rede hospitalar oficial, condiciona às eventuais necessidades e possibilidades dos Estados

e territórios, a criação e a adaptação de estabelecimentos próprios para o tratamento dos dependentes de drogas. Como a dependência é considerada **estado nosológico**, a merecer a atenção das autoridades sanitárias, vem sustar, inclusive, a repetição de situações paradoxais, como a da necessidade do doente, face à recusa do nosocômio em recebê-lo, precisar de praticar delito para ser encaminhado aos cuidados específicos, pelo juiz criminal.

No art. Décimo são previstas diversas medidas da maior significação. Os métodos de tratamento consagrados no **caput** e no Parágrafo Primeiro traduzem o estágio vitorioso em que se encontram os estudos científicos atuais. Hoje, como reverso da concepção anterior, não é o internamento a medida necessariamente compulsória, mas, sim, o **tratamento** (grifo nosso). A obrigatoriedade da internação fica, destarte, subordinada, sempre, às condições do estado clínico do dependente ou à natureza das suas manifestações psicopatológicas, ficando a critério médico a indicação das soluções mais adequadas ao juiz.

O que sobressai, ainda, nesta Lei é a atuação dos assistentes sociais, no novo campo em que a norma legal os incluiu. Outra medida de maior alcance, e que resolve o dilema médico é a que dispensa a menção do nome do paciente na confecção das estatísticas, substituindo-o pelo código de doença, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). Se o dependente procura ou é levado a um hospital ou clínica, para tratar-se, não tem sentido **apontá-lo nominalmente**, ensejando a possibilidade de vir a ser identificado, até mesmo pela autoridade policial, quando não há, nessas circunstâncias, nenhum delito a punir, pois a Lei só

incrimina o uso se concomitante com a posse, em qualquer de suas formas. Consignou o legislador o termo **dependência**, consagrando-se

"o critério clínico-psiquiátrico, segundo o qual o quadro de dependência corresponde a um estado psicológico típico, ocasionado pelo uso continuado, ou periódico, de substância natural ou sintética, gerando uma necessidade, ou compulsão, para continuar consumindo a droga, procurando obtê-la por todo e qualquer meio, podendo ocorrer uma tendência a aumentar as doses ingeridas e surgindo um estado de dependência, física ou psíquica"(MENNA BARRETO & ANDRADE, 1979).

O ante-projeto da Lei Anti-Tóxico foi preparado por um grupo de trabalho presidido pelo **psiquiatra** Oswald Moraes de Andrade e composto pelo **Juiz Criminal**, João de Deus Lacerda Menna Barreto, **professor de Direito Penal**; pelo Dr. Paulo Ladeira de Carvalho, **Professor de Direito Penal** e pelo **médico**, Décio dos Santos Vives, **Diretor da Divisão de Repressão a Tóxico e Entorpecentes do Departamento de Polícia Federal**. Posteriormente, foi reestudado pelos Ministérios da Justiça, Educação e Cultura, Saúde e Previdência Social, aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pelo Presidente da República, na ocasião Ernesto Geisel, no dia 21 de outubro de 1976, transformando-se na Lei n. 6.368.

A acusação oral prevista pela Lei n. 5.726 foi abolida. O procedimento criminal tem início com **denúncia escrita**, de acordo com a sistemática processual penal brasileira.

A **trilogia educação (art. Quinto)/saúde (Sexto e Nono)/segurança (Décimo e Décimo Primeiro)** foi área fundamental na preocupação dos legisladores. Para eles,

"a educação significa, nos novos termos, prevenção do problema, traduzida em medidas que permitirão a formação de professores capazes de orientar as primeiras faixas etárias dos estudantes, estruturando sua personalidade com bases científicas e propiciando condições de auto-defesa. No campo sanitário, a filosofia é de

obrigatoriedade de tratamento e não a de internação do dependente. Na área de segurança, o juiz terá mais flexibilidade, de acordo com o parecer médico, para determinar as sanções" (MEDICI, 1977:25).

O parágrafo Único do art. Vinte e Seis dispõe: "instaurada a ação penal, ficará a critério do juiz a manutenção do sigilo a que se refere este artigo". A medida tem dois objetivos principais, segundo MEDICI:

"evitar que o indiciado e, posteriormente, o acusado fique **marcado** (grifo no original), pela sociedade; e impedir que a divulgação do assunto sirva para despertar a curiosidade popular em torno dos entorpecentes" (Idem:56)

A Lei 6.368 começa com falha, ao não incluir, no texto, nenhuma medida de clara restrição à venda e ao consumo de álcool, apesar de ser **substância que causa dependência psíquica e física**. Por outro lado, determina que o viciado seja **tratado** e não considera o traficante também um psicopata, necessitando de avaliação e tratamento psicológico ou psiquiátrico.

O art. Primeiro da Lei é inspirado na Lei de Segurança Nacional - Decreto-Lei n.898, artigo Primeiro !

Outra questão em destaque na Lei 6.368 é que os delitos definidos na Lei Anti-Tóxicos passaram a ser **normas penais em branco** (grifo nosso), diante da expressa exigência do relacionamento prévio das substâncias entorpecentes ou capazes de determinar dependência física ou psíquica, especificadas em lei ou relacionadas pelo SNFMEF, do Ministério da Saúde.

Houve, neste ponto, um retrocesso ao sistema do Decreto-Lei n. 159, de 1967, que também exigia a pré-relação de

drogas. Em 1968, com a vigência do Decreto-Lei n. 385, os delitos ligados aos entorpecentes deixaram de ser normas penais em branco, de acordo com entendimento jurisprudencial. A Lei n. 5.726, de 1971, também não exigia o relacionamento das substâncias para efeito de configuração dos delitos nela definidos.

Vale salientar que a Comissão de Constituição e Justiça da Câmara dos Deputados, por iniciativa do Deputado Peixoto Filho, no seu Parecer, assim se expressa:

"Hoje, não se desconhece a tremenda potencialidade do mal, capaz de solapar a própria segurança do Estado, graças ao conluio, perfeitamente identificável, entre o tráfico de entorpecentes e a subversão" [grifos nossos] (ROMA, op.cit:191)

Quatro anos depois da criação dessa Lei, vem o Decreto n. 85.110, de 02 de setembro de 1980, que institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes (SNPFRE), bem como as atividades de recuperação de dependentes. O art. Quarto dispõe sobre a competência do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN). Compete ao CONFEN propor a Política Nacional de entorpecentes, elaborar planos, exercer orientação normativa, coordenação geral, supervisão, controle e fiscalização das atividades relacionadas com o tráfico e uso de entorpecentes e substâncias que determinem dependência física ou psíquica, bem como exercitar outras funções, em consonância com os objetivos definidos no art. Segundo. O art. Quinto define a composição do CONFEN. Inclui o art. Nonoo um médico psiquiatra, com ampla atuação na área de entorpecentes, indicado pela Associação Médica Brasileira e designado pelo Ministério da Justiça.

As vigentes instruções administrativas sobre proibição, limitação, fiscalização e controle da produção, do comércio e do uso de substâncias ou medicamentos entorpecentes, ou que determinem dependência física ou psíquica, estão consubstanciadas, respectivamente, nas Portarias números 19 e 20, ambas de 6 de setembro de 1977, baixadas pela Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos, Produtos Dietéticos e Correlatos, da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, do Ministério da Saúde. Destacamos, apenas, a Portaria que se refere ao Destropropoxifeno.

Portaria n. 08, de 23 de julho de 1981

Esta portaria, da Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Medicamentos, resolve incluir no Regime da Portaria n. 19/77-DIMED, de 06 de setembro de 1977:

I- a substância Destropropoxifeno, classificando-a na Lista II da mencionada Portaria;

II- todos os produtos injetáveis contendo Destropropoxifeno, associados ou não, bem como as demais formas farmacêuticas nas quais este fármaco seja a única substância ativa (Lista B da Portaria);

III- todos os produtos de uso não parenteral, associados, que contenham Destropropoxifeno (Lista C da mesma Portaria).

3. Acordos Internacionais

Na área internacional, o Brasil subscreveu e promulgou a Convenção de Genebra de 1936, que estabelece, entre outras, medidas para a extradição de criminosos. Também assinou e promulgou (Decreto n. 54.216, de 27 de agosto de 1964), a Convenção Única Sobre Entorpecentes, em 1961, realizada pela Organização das Nações Unidas(ONU), que adotou medidas para uma ação conjunta e universal contra o uso indébito de entorpecentes.

Visando dar maior amplitude às providências adotadas, o Brasil assinou, ainda, outros dois documentos internacionais: a Convenção Sobre Substâncias Psicotrópicas, realizada em Viena, em 1971, sob o patrocínio da ONU, que estabelece medidas para o controle, a preparação, o uso e o comércio de tais produtos; e o Acordo Sul-Americano Sobre Entorpecentes e Psicotrópicos, promulgado pelo Decreto n. 78.455, de 30 de março de 1977, firmado em Buenos Aires, em 1972, e que prevê medidas para a cooperação entre os países na luta contra o uso impróprio dessas drogas.

O art. Trigésimo Oitavo do protocolo de Emendas da Convenção Única Sobre Entorpecentes, promulgada pelo Decreto n. 76.248, de 12 de setembro de 1975, dispõe sobre o Tratamento de Toxicômanos:

"1. As partes darão especial atenção à concessão de facilidades para o tratamento médico, o cuidado e a reabilitação dos toxicômanos.

2. Se a toxicomania constitui problema grave para uma das partes, e se os seus recursos econômicos o permitirem, é conveniente que essa Parte conceda facilidades adequadas para o tratamento eficaz dos toxicômanos" (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 1983:A-IV-121 e A-VIII-041).

Este rápido retrospecto histórico da legislação pertinente às drogas nos mostra que cada época traz, em seu bojo, concepções diferentes acerca do comportamento desviante, de seus respectivos valores e, assim, cada momento histórico tem tido suas próprias idéias e teorias acerca do que considere anormal. No que tange à ideologia da saúde, predominam os seguintes elementos:

a) a realidade social dominante é tomada como ponto de referência para o ajustamento;

b) as classes hegemônicas vêm a se constituir no padrão de normalidade;

c) pressupõe-se, de início, a impotência do indivíduo e a onipotência da sociedade.

CAPITULO III -ALGAFAN NA CARNE: A OUTRA FACE DA DROGA

"Desse mundo desencantado, os deuses se exilaram mas a Razão conserva todos os traços de uma teologia escondida: saber aos sujeitos sociais, reduzidos à condição de objetos sócio-políticos manipuláveis (as belas almas e as consciências infelizes dizem, esteticamente, "mobilizáveis"). A racionalidade é o novo nome da providência divina. Talvez tenha chegado a hora da heresia: A ciência é o ópio do povo".

Marilena Chauí

1. Algafan- fisiologia básica e efeitos do uso crônico

A razão objetiva pela qual um indivíduo ou uma categoria de indivíduos consome habitualmente um fármaco é, naturalmente, de máximo interesse para a Antropologia. Indaga-se comumente o seguinte: trata-se de um fuga da realidade? De um ritual religioso? De uma experiência filosófica, através da qual se pretende lograr um estado de sublimação, de equilíbrio, de integração? Ou será que se sonda uma nova dimensão vivencial de outra realidade, ou se busca uma experiência dionisíaca, orgiástica?

De qualquer modo, a resposta ao porquê do consumo de tóxico nos levará a dimensões muito profundas e muito complexas dos mecanismos psico-culturais da categoria de dependentes escolhida para estudo, das motivações íntimas e encobertas que, só raras vezes, se manifestam em outros aspectos da conduta social desses indivíduos. Um aspecto complexo e, muitas vezes, controverso do estudo das farmacodependências é a análise dos fatores que conduzem à dependência, uma vez que temos que levar em consideração as propriedades específicas do fármaco empregado, a personalidade do usuário, a interação estabelecida entre os dois e aquela que se desenvolve entre o dependente e o ambiente em que vive.

Ao descrever o uso do narcótico de síntese - Cloridrato de Destropropoxifeno (Algafan), entre os dependentes do Recife, com o fim de colocar esse *modus vivendi* dentro de seu

contexto cultural e traçar seus vários nexos, os seguintes níveis de informação serão discriminados: o farmacológico, o nível do usuário e o do sistema de recuperação. Esta constelação de fatores, atuando em níveis diferentes, com a droga ora funcionando como causa, ora como efeito, ora como mero epifenômeno, precisa ser dissecada, para não se incorrer nas interpretações globalizantes e inúteis. Em que pese as diferentes hipóteses apontadas para explicar o fenômeno da dependência, ocupar-nos-emos aqui, em primeiro lugar, da ação farmacológica, do narcótico de síntese - cloridrato de d-propoxifeno, conhecido comercialmente como **ALGAFAN COMPOSTO**.

Na medida em que permitiram as informações disponíveis sobre o Destropropoxifeno, vimos que ainda há muito para discorrer sobre ele, desde a sua fisiologia básica até os efeitos de seu uso crônico. Há milênios, são conhecidas substâncias químicas cujo campo de ação se situa no Sistema Nervoso Central (SNC), que afetam os processos mentais e emocionais, modificando a atividade psíquica e o comportamento, e que também foram aplicadas, em parte, para auxiliar nos tratamentos psicoterapêuticos, particularmente para facilitar a manifestação de emoções (COHEN, 1965; DELAY & DENIKER, 1961). Embora o estudo bioquímico e farmacológico das substâncias narcóticas derivadas ou de síntese tenha sido iniciado há quase meio século, e ainda que se tenha avançado bastante, continua sendo um campo de investigação de destacado interesse.

O problema do efeito de um determinado fármaco é

sempre uma questão das modificações que um indivíduo sofre, sejam elas na sua aparência, nas suas reações, nos seus relatos verbais. Em princípio, a maior dificuldade consiste em decidir até que ponto a mudança observada realmente aconteceu e, caso tenha ocorrido, até que ponto ela se processa por efeito do produto que foi utilizado.

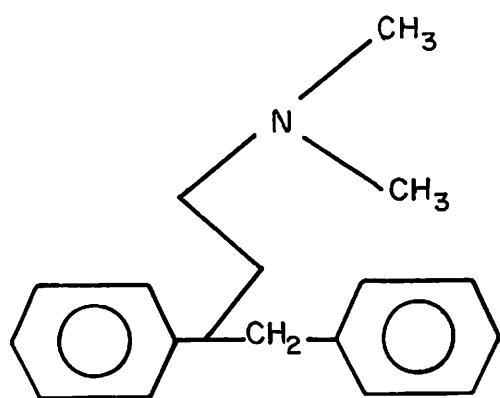
Ainda não se pode fazer afirmações suficientemente claras sobre a ação específica de substâncias que são usadas pelos dependentes, mesmo porque as misturas e as dosagens ministradas vão mudando continuamente. Por outro lado, se tivermos presente que cada indivíduo reage à substância psicoativa de forma tipicamente pessoal, é quase impossível estabelecer com exatidão as conseqüências para cada caso. É possível, entretanto, indicar alguns dos efeitos mais macrossômicos comuns a todas as substâncias narcóticas e, de forma particular, do destropropoxifeno. É sob essa perspectiva que vamos descrever, de forma clara e objetiva, o que é, na verdade, a substância destropropoxifeno e o que ela provoca no organismo humano, em detrimento das estruturas mais delicadas da psique e do comportamento. É necessário, também, que se esclareça o modo de sua aplicação. Nisso estão incluídos, por um lado, a da dosagem e, por outro, a sua aplicação no corpo. Porém, junto ao problema da relação dosagem/efeito, também deve levar-se em consideração que, para cada indivíduo, existe uma resposta diferente a certa substância, além de que a atuação que se estabelece, através dos mediadores químicos do sistema nervoso, é variável. Através desse mecanismo de ação irá surgir a

predominância do sistema excitador(ergotrópico) ou a prevalência do sistema depressor(trofotrópico) (HESS,ApudMORUMBI,1971,passim)

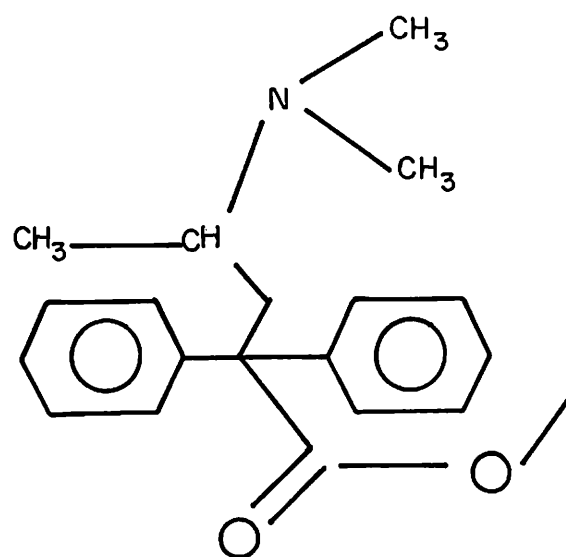
Como ponto de partida, é conveniente observar que a substância química ingerida deve ser, antes de tudo, identificada, inequivocamente, como tal. Afirmar *prima facie* que o Algafan é destituído desse ou daquele efeito é ignorar um dado essencial: ele é um narcótico de síntese.É deste ponto ,portanto, que vamos iniciar nossa explanação sobre o Algafan(Destropropoxifeno).

Seu nome químico, 4-di, etilamina 3-metil -1,2-difenil-propionoxibutano,designa quatro estéreo-isômero; só o racemato alfa, conhecido como propoxifeno, tem atividade analgésica e sua ação reside no isômero destrógiro, d-propoxifeno(substância ativa).

Sua fórmula estrutural, abaixo representada, é, como se pode observar, muito semelhante à metadona, do qual deriva(VARRENE,1973).



Destropropoxifeno



Metadona

Reforça MURAD que

"o d-propoxifeno é um analgésico do grupo dos narcóticos, de estrutura química e propriedades farmacológicas semelhantes à meperidina e à metadona, ambas substâncias entorpecentes regidamente controladas(1982:153).

Os ensaios clínicos efetuados por G.M. GRUBER Jr., nos Estados Unidos, em 1955,1956 e 1957, com um total de enfermos hospitalizados em sete diferentes instituições, aos quais foram administradas 2(duas) doses, de 32,5 e 65 miligramas, por via oral, demonstraram que

"el destropoxifeno, un derivado de la metadona, posee una acción analgésica equivalente, milígramo por milígramo, a la de la codeína, es decir, relativamente débil"(Apud, VARENNE, 1973:252).

Em 1959, ISBELL, Diretor do Addiction Research Center, de Lexington, já classificava as drogas em dois grupos principais: as que originam dependência física e as que não o fazem, ficando subentendido que todas as substâncias em questão produzem, em princípio, uma dependência psíquica. Em sua classificação, o autor encontra no tipo A: ópio, derivados e sucedâneos, bem como as substâncias morfínicas sintéticas. Por exemplo, as que pertencem aos grupos da petidina e da metadona(grifo nosso).

Do ponto de vista farmacológico, as duas propriedades principais dos narcóticos também são percebidas no fármaco que ora se analisa: analgesia(combate à dor) e hipnose(indução ao sono).O propoxifeno produz analgesia, agindo

no Sistema Nervoso Central(SNC) mediante o bloqueio à transmissão sináptica nas vias centrais da dor. A administração do propoxifeno pode ser realizada por via oral ou parenteral. A N-desmetilação da droga no fígado é uma importante via de desdobramento metabólico, tanto no homem como nos animais. Somente cerca de 10% da dose administrada pode ser recuperada sem alteração, na urina de 24 horas(WAY & ADLER,1962).

As indicações terapêuticas do propoxifeno incluem as dismenorréias, cefaléias, mialgias, artralguas, bursites, capsulites e tendinites. Entre os efeitos colaterais, sobressaem os seguintes: tonteira, sedação, erupção cutânea, euforia, disforia, distúrbios visuais leves e urticária.

Na classificação de DELAY & DENIKER,(1961),o propoxifeno é um psicodislético. Noutras palavras, é desestruturante da atividade mental, produzindo quadro semelhante ao das psicoses: delírios, alucinações, sensação de despersonalização.No que tange á toxicidade do propoxifeno, a literatura médica (BURGET & GREENE,1962) revela que, nas doses terapêuticas, habituais o propoxifeno não produz efeitos significativos sobre o sistema cardiovascular e, num adulto saudável, uma dose de 130mg por via oral não produz diminuição marcante da resposta ao estímulo respiratório ao dióxido de carbono. Por outro lado, doses moderadamente tóxicas em geralproduzem depressão no Sistema Nervoso Central e na respiração, e, com altas doses, o quadro clínico pode ser complicado por convulsões, além da depressão respiratória.

A interrupção abrupta do propoxifeno cronicamente administrado(até 800mg por dia, por um período de dois meses), resulta em moderados fenômenos de abstinência (grifo nosso). Grandes doses orais (300 a 600mg) produzem efeitos subjetivos considerados agradáveis pelos dependentes.

"o uso de doses mais altas de propoxifeno é desaconselhável, devido aos efeitos colaterais indesejáveis e em virtude do aparecimento de psicose tóxica" (JAFJE,1975:258).

A droga acha-se disponível no mercado farmacêutico como Cloridrato de Destro-propoxifeno(cápsula e ampola), comercialmente conhecido sob as denominações de ALGAFAN(Darrow); DOLOXENE(Merrel) e DARVON(U.S.P.).

No que se refere ao risco de abuso, em 1956 FRASER & ISBELL estudaram o poder aditivo da droga, chegando à conclusão de que

"existía efectivamente, si bien era inferior al de la codeína: voluntarios que ingirieron por vía oral hasta 285 miligramos diarios, durante casi dos meses, presentaron ante la interrupción brusca ligeros síntomas de abstinición. Ochocientos miligramos de destropropoxifeno no sustituyen más que muy parcialmente a 280 miligramos de morfina en los toxicómanos estabilizados en esta dosis"(Apud,VARENNE:252).

Outros trabalhos (FRASER & ISBELL,1960 ;CREMONESI & BAIRÃO,1965) revelam que há indícios de que o propoxifeno produz hábito, ainda que raramente, e que a droga é bastante irritante, quando administrada por via subcutânea. É pouco provável que seja usada parenteralmente(grifo nosso). Segundo estes autores, talvez a evidência mais convincente de seu pequeno

risco de abuso seja o fato de que, apesar de seu uso amplo, a droga não está regulamentada pelas leis dos narcóticos. Esta posição deriva do fato da substância não ter sido submetida ao controle internacional. Vejamos o que aconteceu.

Em outubro de 1955, o Comitê de Especialistas da Organização Mundial de Saúde (OMS), na "Série des Rapports Techniques", recomendou submeter essa substância ao controle internacional, embora fazendo-a figurar no Grupo II, o da codeína. Desse modo, em dezembro de 1955, foi concretizada o que se supunha ser a possibilidade de sua venda livre, posto que cada país podia decidir por si mesmo. O assunto voltou à tona na palestra da Conferência de 1961 para a adoção da Convenção Única. O Comitê Técnico (OMS, 1959) decidiu incluir esse estupefaciente no quadro II, por 16 votos a favor, zero contra e uma abstenção. Na Assembléia Plenária, DE BAGGIO, Conselheiro da delegação norteamericana, afirmou que aquela inscrição era arbitrária e lamentável, posto que o produto se encontrava à venda nos Estados Unidos há quase três anos, sem que se houvesse constatado nenhum caso de toxicomania. Mesmo diante deste argumento, por 21 votos a favor, 3 contra e 13 abstenções, a Conferência decidiu manter aquela droga no quadro II. Convém recordar, por outra parte, que o Comitê Técnico havia decidido que o fármaco em questão representava precisamente o limite inferior dos estupefacientes que deveriam figurar no quadro que agruparia aqueles

"cuyas propiedades adictivas no son más intensas que las de la codeína, pero que son al menos tan señaladas como las del destropropoxifeno" (Apud, VARENNE, 1973:253).

Em novembro de 1963, o Comitê de Especialistas da OMS voltou a analisar os perigos do abuso dessa substância. O Comitê opinou que tais perigos eram tão escassos que não justificariam o controle da droga, tendo a mesma sido retirada do quadro II. Porém, , como vemos, já se começa a falar da possibilidade de seu abuso, razão pela qual é provável que seu estatuto seja revisado. Impõe-se, no entanto, a prudência.

VARENNE ilustra, de forma detalhada, sua experiência com a droga, através do relato de um caso de seu consultório:

"en lo que a mi experiencia personal respecta, en el ambulatorio en que yo pasaba consulta, tuve ocasión de examinar a un politoxicómano que entre la gama de drogas de que había abusado mencionó el **algaphan**(grifo no original), especialidad que contiene destropropoxifeno. Le había sido recetada por un médico, absolutamente bien intencionado, que de este modo esperaba aliviar los vagos dolores de los que se quejaba este abonado a las consultas médicas. Desdichadamente como el producto era libre y a nuestro hombre le había gustado, cada vez se procuraba más. Poco tiempo después se inyectaba intramuscularmente cuatro a cinco a la vez, una quincena de ampollas(por lo menos) diarias, con una dosificación de 75 miligramos de sustancia estupefaciente por cada 2 mililitros. Ello representaba una dosis cotidiana de 1.125 miligramos, más alta, por tanto, que la que se había administrado en Lexington durante las pruebas clínicas efectuadas con esta sustancia. Además, en este caso la administración no se efectuaba oralmente, sino por vía parenteral, lo que por supuesto aumentaba el efecto de la droga. El enfermo en cuestión me describió un síndrome de abstinencia del que no tengo ninguna prueba, ya que se había declarado antes de que acudiese a la consulta, pero que me parece completamente real, aunque de escasa gravedad. Ello confirma en mi opinión que el destropropoxifeno es efectivamente adictivo pero en un grado demasiado elevado"(1975:253-254).

Na opinião do autor, teria sido muito mais prudente não modificar a decisão da Conferência de 1961. Ao contrário do que ocorre na Bélgica, na França não se admite a

venda livre dessa substância.

No Brasil, os estudos do Prof. MURAD, realizados na Fundação Libanesa de Minas Gerais, Centro de Orientação sobre Drogas "Prof. José Elias Murad"(FULIBAN), em Belo Horizonte, apontam, que "o destroproxifeno tem um elevado potencial de abuso e pode levar à dependência física"(1982:187).De maneira análoga, os estudos realizados em Recife(ROCHA LIMA et alii,1981, como também em São Paulo(WEINTRAUB,1983) confirmam a dependência e o abuso do destroproxifeno.

2. Algafan na carne- o processo de rotulação

A forma pela qual os dependentes utilizam o Cloridrato de D-propoxifeno no Recife é, ao nosso ver, um dado a ser descrito da maneira mais completa possível, tanto ao nível farmacológico propriamente dito, quanto ao das representações individuais daqueles que o utilizam, a fim de que possamos contextualizar o comportamento analisado.

Vale destacar que, nas observações realizadas com os usuários de Algafan, os sinais denunciadores de seu uso somente se evidenciam no decorrer das doses absorvidas, da frequência e da duração do uso. Podem-se observar estágios nítidos nesse processo estigmatizador.

Fisiologicamente, os efeitos do Algafan, para os usuários com pouco tempo de uso, não costumam ser

impressionantes. O sinal óbvio da ingestão é a dificuldade na coordenação dos movimentos corporais, o aceleração do ritmo cardíaco e o aumento da pressão e da temperatura. Há, também, o retraimento da pupila(miose), reduzindo-se a um pequeno ponto negro que não reage à luz. De modo geral, os dependentes apresentam-se letárgicos, pálidos, sonolentos e com sintomas de intoxicação. Para o observador comum, o indivíduo mostra um quadro semelhante ao de um embriagado: cambaleia ou anda tropegamente e expressa-se com incoerência. Exclui-se apenas o hálito etílico que caracteriza a embriaguês alcoólica. Os entrevistados descrevem esta fase como estar 'ligado', 'lombado' ou 'baratinado'. É o chamado 'tapa' - a inoculação da droga no organismo.

A droga produz, pelos menos em princípio, durante alguns segundos, um bem-estar voluptuoso, quase explosivo, seguido de uma sensação de entrada num mundo sem problemas. A base fisiológica é, aqui, um bem-estar cenestésico, difuso e intenso. Com o uso continuado da droga, a euforia torna-se bem menos intensa. O primeiro efeito, segundo os entrevistados, reflete um sentimento bastante exaltado de bem-estar. É, sobretudo, um elemento transitório, fundamental no começo da dependência, e que, assim sendo, exige uma aprendizagem específica ou difusa, implícita ou consciente.

Howard BECKER, em *Outsiders*, proporciona os elementos que nos permitem, de maneira correlata, reconhecer os mesmos procedimentos de aprendizagem dos iniciantes de maconha

com os usuários de Algafan:

"O fumante novato de maconha, longe de sentir, espontânea e imediatamente, as sensações proporcionadas pela droga, precisa aprender, com os fumantes experientes, a reconhecer os seus efeitos. O novato que não consegue viajar pergunta aos outros fumantes o que eles sentem quando viajam. Aprende, assim, que certas sensações que pode ter sentido sem ter identificado, como, por exemplo, uma fome intensa, são um sinal da viagem e marcam seu início. Não é senão quando o novato aprendeu dos fumantes experimentados a reconhecer os sintomas do início da viagem, que ele pode, por sua vez, viajar, localizando esses sintomas entre suas próprias sensações. Um segundo aprendizado ser-lhe-á necessário para sentir prazer com os efeitos da droga e distinguir as sensações agradáveis das sensações desagradáveis (BECKER, 1963:41-57) [Tradução livre]

Este aprendizado transparece nos depoimentos colhidos, que, de uma maneira geral, foram claros e explícitos:

"Aprendi através da boa informação dada por DINHO (veterano no uso de Algafan) e também quando pessoas que já faziam a cabeça deram o toque..." (TONY)

"...Para sentir, o grupo ensinou (grifo nosso) a usar o Algafan, a não destilar ligeiro, sabe né?... As outras informações foi dada pelos amigos que já destilava mais tempo, tinha mais experiência que a gente, sabe? (TARE)

"Foi CARECA (outro dependente) quem me ensinou a usar Fiorinal... depois aprendi a me aplicar sozinho e a não bater (aplicar ligeiro)" (BOLOLO)

Outro explica, sem hesitar:

"... aprendi com Vera. No começo eu não sentia nada, só dormia, depois ela ensinou como ficar 'doidão' [grifos nossos] (PITOCO).

Prosseguindo, ele exemplifica a aprendizagem:

"... no início, a vontade de destilar ligeiro, aplicar logo. Procura um 'cano' e tenta pegar logo. Aí metia num 'cano' errado... errado não... metia nele e ele não aguentava não... Se você visse o buraco que tô aqui! Depois, os camaradas- amigos meus, sabe?- aplicaram direitinho e me ensinaram ... até tirar a 'tinta' do Algafan para não fazer 'broca'... [grifos nossos] (PITOCO).

Para alguns dos pesquisados, a euforia provocada pela droga aproxima-se do prazer sexual e chega, até mesmo, a ultrapassá-lo. Daí poder-se falar de um orgasmo generalizado, provocado pelo Algafan. Vários entrevistados foram unânimes em afirmar que obtinham gozo por este meio. LOGRE(1924) distingue dois elementos essenciais nessa euforia: a) uma espécie de anestesia seletiva: o indivíduo parece só poder vibrar com impressões agradáveis. Tem uma sensação de felicidade em repouso; b) uma excitação imaginativa: fantasias fáceis e agradáveis, às vezes com formação de imagens poéticas ou eróticas (Apud, OLIEVENSTEIN, 1980:60).

Passemos agora, embora brevemente, para os efeitos subjetivos do Algafan. A experiência subjetiva é muito variada, e, como acontece com outras drogas psicoativas, não há dois êxtases ou viagens inteiramente iguais, inclusive para a mesma pessoa. As expectativas de cada um também são importante e se baseiam, em parte, em antecedentes culturais. Isto pôde ser perscrutado e discutido com os informantes, na medida em que eles descreviam suas experiências de viagem, em condições distintas, em que fatores diversos, anteriores à ligação, influenciavam as sensações subjetivas que experimentavam.

No âmbito subjetivo, descrito pelos entrevistados, a primeira reação emocional é a diminuição da tensão, a redução dos temores e o alívio das preocupações. A fome, a sede e o apetite sexual diminuem sensivelmente. Com o alastramento da intoxicação, sobrevém um processo de deterioração mental, que

se traduz por lapso de memória, diminuição do poder de concentração e decréscimo gradual das faculdades intelectuais superiores, conforme registro das vivências dos terapeutas e entrevistados e das descrições de diversos autores que estudaram os efeitos dos opiáceos (BASELGA, 1972; MURAD, 1982; SANTOS, 1981).

Respondendo à pergunta formulada acerca desses efeitos, os entrevistados verbalizaram, não sem dificuldade:

"Quando 'tô ligado,' as imagens ficam maiores do que o normal. Veja... seu rosto agora está bem grande... (pausa) os móveis eu vejo meio empenado... Cochila, as pernas não doi, ando normal (o informante tem edemas cutâneos e várias escaras purulentas). Fico cambaleando, depois durmo três horas, mais ou menos, e depois fico lombrado ainda duas horas. Fica chato, alguém fala uma conversa e esquece e logo pergunta ao cara o que estava conversando e volta a esquecer. Afeta a cabeça totalmente [grifos nossos]. Pensa que tem outra pessoa por perto falando comigo sem conseguir entender o que elas dizem..." (PITOCO).

"Varia. Uma 'carga' pode dar sensação de bem-estar, outra pode dar náusea, vômitos. Depois de uma hora... depende do estado físico, se eu estiver de estômago vazio sinto um prazer mais acentuado... e posso sentir arrependimento... Fico calmo, sem reagir a nada, os reflexos ficam avariados... depende também da 'carga' e depende do que tenha ocorrido no momento antes de tomar. Uma flor amarela pode ver vermelha e discutir. Fica de bobeira, de uma maneira que não é capaz de distinguir nada, os sons podem ficar próximos e distantes ao mesmo tempo... É isso, né? (TONY).

"Algumas vezes as coisas no chão ficam-se movendo. Outras vezes conversa com pessoas conhecidas, vejo mesmo elas e quando se vira elas não estão ali, foi uma ilusão..." (LULA).

"Não consegue ver bem. As coisas ficam embaçadas... Para mim a droga é meu remédio, que eu não posso passar sem ele". (POPEYE).

"Vejo as cores mais vivas, o som mais apurado... Sinto uma sensação estranha, me sinto mais relaxado, mais calmo. Sinto que estou mais resistente, mais disposto..." (TARE).

"Fico dormindo, depois... depois eu esqueço do que fiz.

Não como, tira logo a fome. Não sinto mais nada...só sono...então eu começo a almoçar, tô comendo, tô comendo... daqui a pouco já paro com a colher na mão...assim... parado...paradão...Quando eu vou tomar na mata, eu vejo muito bicho,mas em casa eu não vejo nada, não... Antigamente eu sentia o tapa mesmo, hoje mesmo só tomo por tomar. Só pela vontade de me furar... varia muito de uma liga para outra, num é nunca igual, viu?(MINEIRINHO).

Dos relatos subjetivos concluímos que o efeito do cloridrato de destro-propoxifeno causa transformações na percepção. Os sons pulsam com intensidade. O tempo parece imobilizar-se ou mover-se velozmente. Os pensamentos jorram e desabam uns sobre os outros. O Ego se dissolve. Visões aparecem e desaparecem alternadamente. Os objetos crescem, recuam e se aproximam. E as visões nunca são as mesmas. O interesse pelo mundo exterior diminui. É verdade que estamos, necessariamente, na dependência dos relatos subjetivos daqueles que tomaram o Algafan, de modo que as palavras são a condição sine qua non desta narrativa. Os efeitos da droga (em algumas fases) sobre a mente deixam muitos dependentes incapazes de expressar suas sensações.

Cotejando a literatura escrita sobre os opiáceos com a observação direta entre os dependentes, o quadro apresentado pelos usuários de Algafan mostra semelhanças que, muitas vezes, se confundem e entrecruzam com os sintomas dos dependentes de heroína. Desenvolvem-se perturbações somáticas importantes: alteração do estado geral, palidez, emagrecimento, perturbações digestivas e acessos convulsivos, que podem ser seguidos de estado comatoso mais ou menos prolongado. Os indivíduos apresentam confusão mental e uma grande ansiedade,

seguida de um período de sonolência. Os efeitos narcóticos do Algafan foram descritos por vários autores, que se referem, em seus estudos, tanto a pacientes como a animais de laboratório (Ver, entre outros, SANSUR NETO, 1983; MURAD, 1982; WAY & ADLER, 1962).

A descrição a seguir, de alguns casos observados no decorrer da pesquisa, ilustra, de maneira inequívoca, as ações farmacológicas, somáticas e psíquicas acima referidas.

Durante o período de observação POPEYE apresentou o seguinte quadro: dificuldade de fala e concentração, comportamento distraído, estado de vigília interrompido por devaneios e sonolência. Seu histórico clínico consta de: congestão e edema palperal, endocardite por estafilococos áureos, tromboflebite e hepatite por vírus. Sua causa mortis foi embolia gasosa (bolhas de ar na seringa), no momento em que estava fazendo presença. Como ilustração, fizemos o cálculo da quantidade de destropropoxifeno consumida por ele, durante seus oito anos de uso. Resultou na cifra espantosa, para não dizer inacreditável, de 5.600gr ou 5,6 quilogramas da droga!.

A narrativa de PITOCO é esclarecedora:

"Comecei com seis comprimidos e tomei um "C"(carga), há quatro anos. Hoje os 6 comprimidos que tomava já não fazia mais efeito. Aumentei pra demorar mais tempo doido. Quando tomava só os seis defecava constantemente, havia uma desregulação do organismo e quando tomava 10, regulava. Quando a cabeça ficava legal, dormia bem".

Prosseguindo a narrativa sobre os efeitos e suas conseqüências, declara:

"No início passava legal(o Algafan na veia). Agora passa queimando nos 'canos', porque eles estão entupidos, chego até a gritar de dor. Mas, mesmo assim, eu vou continuar até ao ponto que tiver 'canos' bons: femural, jugular,

subclava o que dá em pé, pois só forma ferida (broca) se tomar nos 'canos finos' e se pegar fora, né? (PITOCO).

Outro entrevistado afirma:

"Eu fico ansioso antes de tomar a 'liga'. Minha vista fica turva e quando eu vou urinar sai tudo preto. Eu tenho dificuldade para defecar depois. Mas, se eu não tomar liga não consigo dormir. Eu já aprendi como ficar sem coceira (urticária). Eu lavo o comprimido antes para sair o fenil (invólucro da drágea), e pronto. A gente vai apanhando e depois aprende tudo para não arriar mais, não é, doutora? A senhora sabe como é a vida..." (LULA).

Como foi dito, no primeiro estágio de uso, nenhuma, ou quase nenhuma marca é notada, registrando-se apenas ponto sanguinolento num 'arterio' ou 'cano fino'. É só. Uma camisa de mangas compridas é o suficiente para o "encubrimiento" das marcas da agulha. Podemos chamar esta etapa de lua-de-mel com o destroproxifeno. É o período em que eles se encobrem, a fim de não se perderem no emaranhado de preconceitos existente no meio social.

Outra forma de "encubrimiento" é procurar não dizer onde mora, o que faz, quem são seus pais, bem como evitar pessoas conhecidas e, mais ainda, não mostrar a estranhos sua situação de vida, como uma maneira de não ser desacreditado, uma vez que a realidade, sendo conhecida, afetará o indivíduo de maneira palpavelmente direta e intensa.

Os dependentes passam a estabelecer suas estratégias, começando pela escolha de locais pouco acessíveis, para se ligarem: "Tomava liga na mata [grifo nosso] pra ninguém ficar sabendo..." (MINEIRINHO).

A preocupação em encobrir a identidade implica,

entretanto, numa reafirmação da precariedade moral da condição de dependente, a qual, neste caso, se manifesta na certeza de que tal condição é suficientemente desabonadora para deteriorar uma identidade, independentemente do padrão de conduta que se acote. Em alguns casos, o que ocorre é uma crescente probabilidade de revelação incidental:

"Creio que a primeira vez que realmente me dei conta de minha situação foi casualmente... Uma pessoa, não me recordo bem, mas ela disse para outra e eu estava perto e ela não me viu... 'Gosto muito de... mas não quero amizade com rapaz viciado, mesmo que ele trabalhe, como é o caso dele, sabe? Ninguém pode confiar'..." (DINHO).

É claro que apenas uma 'carga' não leva ao estado de dependência a que se alude; esta decorre de injeções (cargas) frequentes, mas logo o hábito de "sacar o júbilo", como na heroína, leva ao vício e, assim o novato "é fígado" (JAFFE et alii, 1981).

O uso continuado do Algafer passa a exigir um cortejo sintomático de efeitos assaz devastadores, tanto na esfera psico-social como no plano somático. Com isso, instala-se o segundo estágio, que colocará o dependente, amiúde, frente a frente com a verdade. O seu aspecto evidencia os efeitos somáticos que se apresentam como sinais inequívocos da dependência. Entre os pesquisados, é crescente a dificuldade em pegar as veias esclerosadas, endurecidas e colapsadas pelo uso frequente, via parenteral, de 2 a 20 comprimidos, macerados em água comum ou de coco, filtradas grosseiramente em panos ou algodão, sem qualquer esterilização ou cuidados normais de assepsia. Começam, então, a surgir infecções locais: edemas cutâneos, abscessos, escaras, cicatrizes (Vide Fotos). Ao cabo de

certo tempo, aparece fibrose muscular e, com ela, a dificuldade de movimentos de pernas e braços. Outrossim, desnutrido e enfraquecido, o dependente torna-se, facilmente, vítima de intercorrências clínicas, como pneumonias, erizipela, doenças venéreas. Além disso, as picadas com material contaminado produzem hepatite, tétano e infecções sangüíneas, que se localizam no cérebro, nas válvulas cardíacas (endocardite) ou espalham-se pelo corpo (septicemias).

Na medida em que a droga desencadeia o processo fisiopatológico, vai exigindo, cada vez mais, a inoculação do estupefaciente para permitir ao corpo, ainda que não ao espírito, conservar um falso equilíbrio. Nesse estágio, desenvolve-se a dependência física. Isto foi possível constatar quando, por diversos motivos e ocasiões, foi retirado bruscamente o narcótico, o que fez eclodir a síndrome de abstinência. O que observamos, entre os entrevistados, foi que, nas primeiras 24 horas de privação, aproximadamente, instalava-se, a princípio, sonolência, seguida de inquietude, sudorese intensa, além de espasmos musculares, que passavam dos tremores às convulsões epileptiformes. Incorria também a hipertermia, elevação da pressão sangüínea e aumento do número de incurções respiratórias (hiperpnéia).

Quando realizávamos entrevista com um dependente detido no xadrez da Delegacia de Entorpecentes, não foi sem apreensão, e mesmo pânico, pelas circunstâncias do fato, que tivemos a oportunidade de presenciar todo o desenrolar de uma

crise de abstinência. Foi uma provação acerba assistir o dependente em tal situação. O relato das reações observadas fornece-nos o quadro, por inteiro, das modificações, na esfera somática, sofridas por numa pessoa fisicamente dependente dos opióides.

No meio da entrevista, PITOCO principia a dar sinais de crescente desassossego. Sobrevém-lhe uma sensação de fraqueza, começa a bocejar, a tremer e suar, tudo isso ao mesmo tempo. Os bocejos tornam-se tão violentos que quase lhe deslocam a mandíbula. Do seu nariz pinga um muco, ao passo que dos olhos gotejam copiosas lágrimas; as pupilas alargam-se ao máximo (midríase) a pele fica fria e com aspecto típico de carne de ganso, que, na gíria, é denominada 'perú frio'.

Para aumentar nosso pânico, as entranhas do dependente principiam a agir com fantástica violência. Fortes contrações sacodem as paredes do estômago, causando vômitos explosivos e sanguinolentos. Tão extremo é o peristaltismo dos intestinos que a superfície do abdômem apresenta elevações, calombos e nós (o dependente vestia apenas cueca). As cólicas são fortes e sobrevém diarreia, com descarga liqüefeita. O dependente apresenta aspecto verdadeiramente medonho. Todo o seu corpo é sacudido por crispções e, então, ele esperneia e dá pontapés involuntários. As câimbras musculares obrigam-no a revirar-se incessantemente. A quantidade de secreção aquosa dos olhos e do nariz é enorme, o mesmo valendo para o fluido expelido do estômago e dos intestinos. O suor contínuo e profuso molha o sofá onde ele está sentado. Despenteado e emporcalhado de vômito

e fezes, o dependente apresenta uma aparência quase sub-humana. Sua fraqueza chega a tal ponto que ele não pode sequer soerguer a cabeça. Sem nenhuma medicação (a psiquiatra do DST não estava de serviço), ele é reconduzido ao xadrez para "curtir", na cela solitária da Delegacia, o "refresco"! Procuramos saber quando havia sido detido, constatando que o entrevistado estava há, aproximadamente, 72 horas no "refresco" e, em decorrência, com supressão diária de sua "carga", fato que explicava perfeitamente sua crise de abstinência. É, desnecessariamente cruel, um ato indesculpável de barbaridade, a prática habitual de trancafiar os dependentes e deixá-los, sem tratamento, "curtindo" suas misérias num xadrez de Delegacia de Polícia!

A trajetória através da qual o usuário de Algafan transforma-se em desviante tem momentos significativos, nos quais sua qualidade de dependente de droga vai sendo acrescida de novos atributos, sendo um deles o de infrator da Lei n. 6.368. Esses atributos reforçam e aprofundam o reconhecimento dessa sua condição, tanto aos olhos da sociedade legal e das personagens do mundo da droga, quando internamente, na formação de sua auto-imagem. O primeiro momento significativo é o seu reconhecimento público, através dos sinais denunciadores do uso de tóxico. É necessário ter em mente que, em linhas gerais, a dependência causada pelo Algafan acarreta, ao mesmo tempo, uma síndrome física e uma psíquica, ambas mais ou menos pronunciadas, de acordo com as doses absorvidas, as associações, o âmbito e a duração da intoxicação.

De um modo geral, não é fácil reconhecer um usuário de drogas mediante simples observação, apesar de que certos produtos, quando usados em excesso, são capazes de produzir efeitos físicos e psicológicos mais ou menos nítidos. O que complica o quadro é que alguns desses efeitos podem, também, ser produzidos por certas condições que nada têm a ver com o abuso. Existem, todavia, sinais específicos, capazes de fundamentar a suspeita. Outro detalhe: o usuário pode ser encontrado, de vez em quando, em locais pouco comuns, tais como banheiros, quartos de despejos, lugares solitários, casas abandonadas, fundos de quintais, entre outros. Outras manifestações específicas facilitam a identificação (principalmente na fase crônica da dependência): a) os odores de certos produtos analgésicos podem ser detectados no hálito; b) a injeção ("carga") repetida deixa marcas e bolhas na pele, principalmente nos braços e pernas, que os usuários procuram ocultar de várias maneiras, inclusive com tatuagens ou maquiagem; c) a presença do instrumental para injetar os produtos, tais como seringas, agulhas, garrafas de água destilada, algodão, tabletes de comprimidos etc.; d) desaparecimento de objetos de valor, facilmente vendáveis (rádio, toca-fita, relógios, jóias, eletrodomésticos, entre outros). Gradativamente, as pessoas de seu convívio, sobretudo os familiares e a vizinhança, começam a desenvolver a suspeita de uso de drogas. O depoimento abaixo deixa bem claro esta situação:

"Eu tomava 'liga' escondido, longe de onde eu morava, deixava 'arriar' e depois voltava pra casa. Porque eu tinha medo que alguém contasse a minha mãe, mas foi passando de um a um, até chegar na boca da minha irmã. Ela ficou triste, brigou comigo, bateu em mim... Senti

vergonha..."(PITOCO).

"Ninguém sabia que eu me 'ligava', mas depois que um cara meteu uma 'aplicação' errada, aí minha mão inchou e ficaram dizendo o que é isso, o que é aquilo... aquelas coisas no juízo da gente, não sabe? Depois começaram a ver as marcas nas minhas pernas...[grito nosso] Passei uns dias sem tomar... saí de casa, assim: 'Mãe vou na cidade'... Comprei Algañan e levei pra casa, quando tava tomando no pescoço, meu pai viu pela janela...aí tiraram a chave do banheiro, da porta do quarto, o espelho da penteadeira que eu ficava de joelho e tomava a 'liga'... Foi um alvoroço medonho...todo mundo soube... todo mundo... minha mãe chorou muito, ela sofre dos nervos...me deu muito conselho...mas não adiantou...Passei uns tempo no Desafio Jovem para fazer a vontade dela mas não agüentei...foi só saber que na Conde da Boa Vista tinha gente vendendo Algañan e pronto... comecei de novo! (MINEIRINHO).

A rotulação pode surgir de situações diversas: evidência indireta, em sua maior parte através de rumores, ou observação direta de comportamentos indicadores de uso de drogas, tais como: mudanças bruscas de comportamento, inquietação, irritabilidade, insônia, ou, ao contrário, depressão e sonolência, queda do rendimento escolar ou abandono dos estudos ou trabalho, atitudes furtivas ou impulsivas, uso de óculos escuros, mesmo sem excesso de luz, camisas de mangas longas, apesar do calor...ou, evidentemente, ser surpreendido "fazendo presença" (CARVALHO, 1982; DE ROPP, 1963; NACE, 1975; OLIEVENSTEIN, 1980; REY, 1985; SILVA, 1979; SOLLERO, 1979).

A partir do momento em que é definido como farmacodependente, seja pela vizinhança, por familiares ou pela própria comunidade onde reside, ele estará sujeito à observação constante, e qualquer atitude pode ser reinterpretada à luz de evidências anteriores. Como diz BECKER, a dificuldade de inverter

um ciclo, uma vez que a rotulação tenha ocorrido, é comum(1967:37). Nas palavras dos dependentes:

"Se você algum dia 'dançou' em flagrante nunca mais tem sossego. Tão sempre no teu pé..."

Outro retruca:

"Eu estava somente quebrando, no muro de minha casa, (uma rua sem saída, entende?), uma garrafa de suco de uva preta, e foi o bastante para que a minha mãe [grifo nosso] chamasse o 'meganha' (policial da Especializada) dizendo que eu estava 'ligado'...Então, eu fui preso e toda a vizinhança assistiu...Você acha que agora alguém vai acreditar em mim? Alguém vai me dar trabalho? Vai querer saber de mim? Quem é que tem responsabilidade com o filho, quem passou mais tempo com ele? Me responda..."[soluços] (BOLOLO).

Segundo o mesmo autor, "o fato de ser apreendido por um ato desviante expõe a pessoa à probabilidade de que será considerada desviante ou indesejável sob outros aspectos" (op.cit:33)[Tradução livre]

Como lembra ERICKSON, a passagem para o status de desviante é marcada por um intrincado ritual de transição:

"as cerimônias que marcam essa mudança de status geralmente têm um número de fases relacionadas. Elas fornecem um palco formal, no qual o desviante e a comunidade confrontam-se (como no julgamento criminal): elas anunciam a natureza de seu desvio (o veredicto de farmacodependente...por exemplo); elas o fazem desempenhar um papel que deverá neutralizar os efeitos maléficos de sua má conduta...(como o papel de prisioneiro...). No entanto, uma importante característica dessas cerimônias é a sua quase total irreversibilidade. A passagem para a posição de desviante caracteriza-se por uma cerimônia decisiva e muitas vezes, dramática. No entanto, o indivíduo deixa o status de desviante (quando recuperado), sem maior publicidade...Nada será feito para cancelar os estigmas a ele impostos nas primeiras cerimônias de ingresso, nada será feito para revogar o veredicto...pronunciado inicialmente. Não deverá surpreender, então, que as pessoas da comunidade tendam a receber o desviante que retorna com considerável apreensão e desconfiança, pois, na realidade, estas pessoas não estão certas de quem ele é" (1966:16).[Tradução livre]

Com relação aos dependentes estudados, os agentes

que presidirão os ritos de passagem vinculam-se, na maioria dos casos, ao aparelho repressivo-assistencial (policia! militar, agentes de polícia, delegado, equipe terapêutica), cuja dinâmica segue uma lógica única em relação à droga: repressão ao tráfico e uso. Como se concretiza, no dia a dia dos dependentes, este processo de "passagem"?

O usuário de Algafan pode chegar na Delegacia de Entorpecentes sob circunstâncias aparentemente diversas:

- a. por ter sido apanhado em flagrante na execução de uma infração legal;
- b. pela delação de alguém como autor de infração penal;
- c. pelo fato de encontrar-se em atitude suspeita ou em local impróprio, numa ronda policial;
- d. espontaneamente, à procura da equipe terapêutica;
- e. por solicitação da própria família.

Os relatos dos entrevistados evidenciam que, ao ser encaminhado à Delegacia Especializada, o temor mais freqüente está relacionado com a própria integridade física, a possibilidade de uma agressão (espancamento, "pau-de-arara" etc.). Em geral, as informações que recebem através das conversas, de "ouvir dizer", dos jornais etc, os amedrontam e, para muitos, verificar que a realidade nem sempre corresponde ao que lhes foi dito significa um alívio imenso. Para outros, a surpresa torna-se arrasadora.

"Me senti chateado, porque tava iniciado e senti medo, muito medo, muita apreensão... Esperava encontrar muita

'bronca'... esperava apanhar, né? (TARE)

"Esperava ser tratado com rigorosidade, com espancamento. Fiquei temeroso, pois esperava encontrar 'meganha' invocado..." (TONY).

"Pensei que levaria choque por todo o corpo" (COCOTA).

"Esperava apanhar e levar um 'mofo'. Mas, eu fui bem tratado, apesar de ir proxadrez... me deram até conselho, A senhora já viu isso? Não sei não..." (PITOCO).

Nestes casos, a instituição paira sobre eles como um fantasma em seu cotidiano. Eles [dependentes] carregam consigo a idéia de punição, de controle.

"Esperava uma solução boa para eu deixar de tomar esse negócio. Não esperava violência, não. Tinha gente que dizia assim da Delegacia: 'lá a gente não apanha, não, apanha, não, 'Eu sabia que lá se passa fome, passa sede mas não tem pancada' (MINEIRINHO).

Na verdade, as razões da apreensão nada mais são do que manifestações da condição anti-social de vida do dependente. Em outras palavras, o determinante de seu encaminhamento à Delegacia de Entorpecentes é o modo dominante de interpretar as manifestações das condições materiais de existência da classe a que o dependente pertence, uma vez que não encontramos, durante a pesquisa, usuários oriundos das classes intermediárias, e muito menos, da dominante.

Uma vez efetuado o encaminhamento, o processo formal de rotulação ganha seus contornos, afunila-se. Para o dependente já não existe saída, senão a de submeter-se ao processo de **recuperação**. Seu papel social já está estabelecido e o pacto imposto se cristalizará brevemente.

Sobre este último aspecto (rotulação formal) sem dúvida alguma o mais importante, vamos alongar- nos um pouco mais, face à sua validade e eficácia política imediata. O capítulo a seguir explicitará, de maneira inequívoca, como isso se processa a nível institucional, ou seja, como está sendo operacionalizado o tratamento de recuperação de dependentes de drogas, previsto na Lei n. 6.368, na Divisão de Serviços Técnicos da Secretaria da Segurança Pública de Pernambuco.

CAPITULO IV - CAINDO NA ARMADILHA

" Deixai aqui todas as esperanças, ó vós que
entraís".

DANTE A.-A Divina Comédia.Canto III

1. A caminho da recuperação : os canais do poder

O circuito que leva o dependente às malhas da instituição repressiva explicita-se num o segundo momento do processo estigmatizador. Ocorre quando, na vivência cotidiana, que se choca com o padrão de normalidade da sociedade legitimada, o dependente é pinçado, preso e encaminhado à Delegacia de Entorpecentes, para ser **tratado e recuperado** pela equipe da Divisão de Serviços Técnicos (DST). É quando se reconhece, oficialmente, que sua maneira de ser é anti-social. Esse contato e a posterior volta às ruas ou à família, nas mesmas condições em que ele vivia, ou piores, repetido numa espiral que se agrava, é o que provoca o giro quase que definitivo, em direção a um comportamento reiteradamente desviante. A partir daí, ele passa a ser reconhecido, catalogado, estigmatizado, vigiado e explorado, tornando-se cada vez mais difícil reverter sua trajetória. A Instituição estudada sustenta toda uma infraestrutura para o **aprendizado do desvio**.

A passagem pela instância repressiva vai completar a aprendizagem inicial da **prática desviante** (MATZA, 1969) e a ¹⁰ **"carreira moral" do desviante**. Esse aprendizado é conseguido através da apreensão que, segundo MATZA, "são os elementos do processo que contribuem para que o indivíduo caminhe para uma **identidade desviante**" (Idem:164ss), enclausuramento (GODDOWASSER,

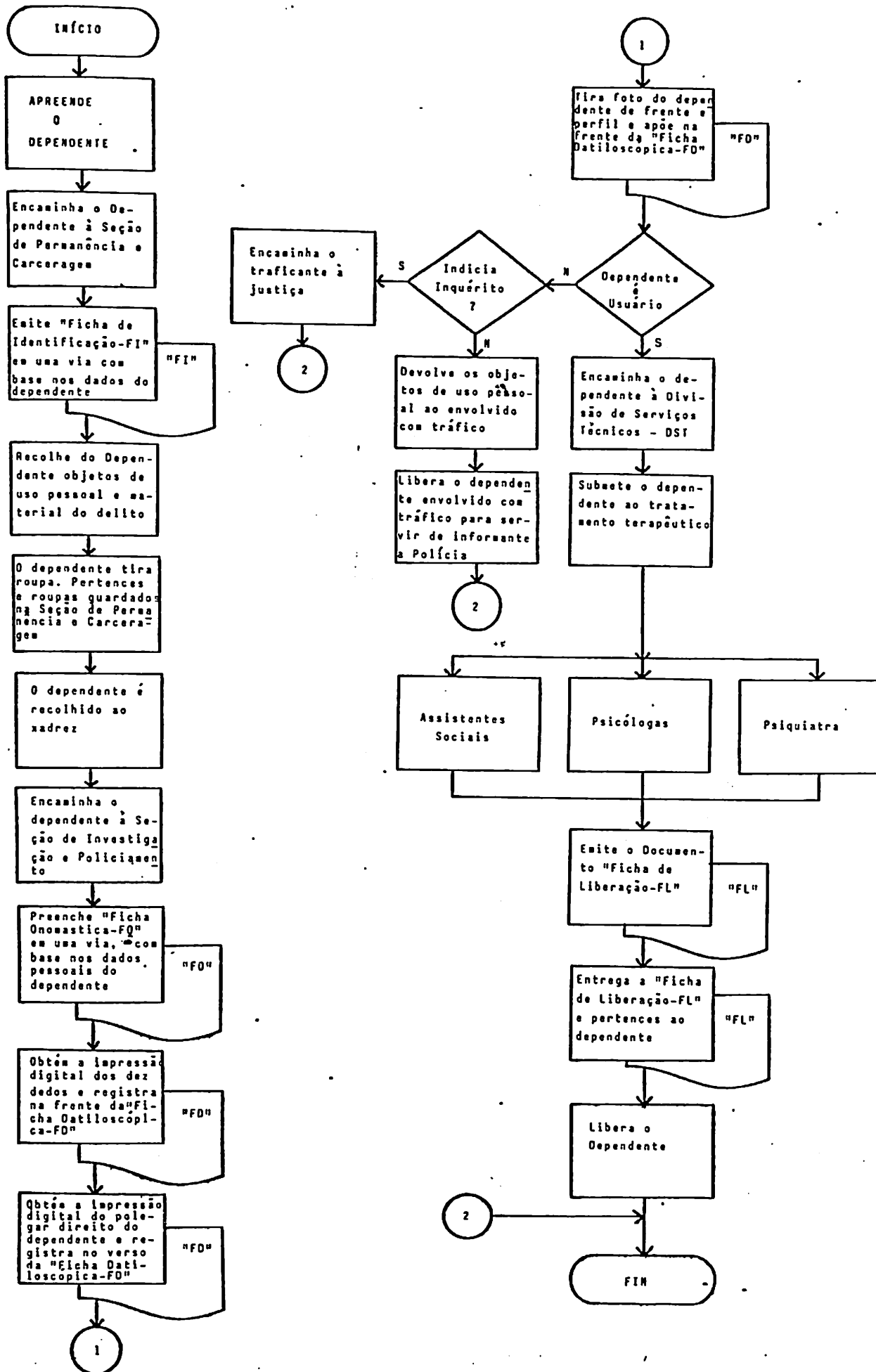
¹⁰ Tratando-se do aprendizado relativo à condição de indivíduo estigmatizado e das modificações na concepção do eu (GOFFMAN, 1980:41)

Apud VELHO, 1981) **confissão** (DOUGLAS, 1976; ERIKSON, 1966; FOUCAULT, 1978; TURNER, 1974) e **marcação** (ERIKSON, op.cit). Para MATZA, o desviante, ao sair da Instituição, permanece marcado. O rito de passagem reveste-se de caráter irreversível.

Assim sendo, convém examinar a instituição encarregada oficialmente de **recuperar** os dependentes: como se entra nela e como se poderá sair? Quais são os protagonistas do processo excludente a que é submetido o dependente?

Chamamos de ritual de entrada as práticas institucionais que se realizam no decorrer do tempo que se estende da **recepção** do dependente ao seu encaminhamento terapêutico, seguindo o fluxo indicado no diagrama. Entrando na Delegacia de Entorpecentes, o dependente desfaz-se de suas roupas pessoais, entrega todos os objetos que porta consigo e passa por um processo de identificação policial que inclui dactiloscopia, fotografia, de frente e perfil, e registro no cartório, sendo, assim como os presidiários, loucos e doentes, despidos de todos os objetos de uso pessoal e, simbolicamente, de sua identidade. Esta é a primeira violentação que sofre ao penetrar na Delegacia. Como diria GOFFMAN "em todos esses casos é o examinador, assim como o exame, que penetra a privacidade do indivíduo e viola os territórios de seu eu" (1974:35). É o **role dispossession**, configurando a situação em que o dependente é despojado de qualquer elemento indicativo de seu **status** no mundo exterior.

FLUXO DE ENTRADA / SAÍDA DO DEPENDENTE NA DELEGACIA DE ENTORPECENTE



Após a identificação e o interrogatório policial, fica **apreendido** no 'xadrez' da Delegacia de Entorpecentes - uma vez que a lei não permite prisão em Delegacia por mais de 24 horas (o que, aliás, não passa de jogo de palavras) - onde permanece até que seja encaminhado à equipe do DST.

Quando os dependentes começam a descrever sua entrada na Delegacia, não são raras narrativas como esta:

"Cheguei lá, fizeraam identificação, tira dedo daqui, dali, mil e uma coisa... Depois, tiraram minha roupa, os 'bebês' (seringa, na gíria)... Deram uma geral completa. Tira toda roupa, tira tudo. Daí os caras - agora puta a mão na cabeça, abaixa, faz isso e faz aquilo aí... E deram geral, olharam até o saco (testículo) pra ver se não tinha nada escondido. Daí puta a cueca, tira foto... Daí fizeram a identificação... Daí eles me levaram pro xadrez. Tava toda a turma lá... Senti humilhação... fiquei deitado no chão frio, o xadrez sujo, passar muita fome... muita sede, mas num apanhei, não..." (depoimentos diversos).

As fichas a seguir reproduzidas ilustram o modo pelo qual é impressa, em caráter definitivo, a **passagem** do dependente no âmbito institucional.

A passagem pela DE, por mais curta que seja, já deixa algumas marcas. O dependente já tem uma "**passagem**", fica sendo conhecido por agentes da polícia. Ao referir-se aos ritos de passagem, **VAN GENNEP** (1960) acentua que eles acompanham toda mudança de lugar, estado, posição social e idade.

Pensemos como **FOUCAULT**:

"A prisão... não se destina a suprimir as infrações; mas antes a distingui-las; a distribuí-las, a utilizá-las [...] A prisão conseguiu muito bem produzir a delinqüência, tipo especificado, forma política ou economicamente menos perigosa - talvez até utilizável - de ilegalidade; produzir os delinqüentes, meio aparentemente marginalizado mas centralmente controlado; produzir o delinqüente como sujeito patologizado" (1978:244).

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA - DEPE		DIVISÃO DE ENTORPECENTES	
N.º <u>6890</u>		Foto <u>5x7</u>	
cadastro			
Nome _____		Nome _____	
Pat. _____		Pat. _____	
Mãe _____		Mãe _____	
Nascido o _____ Em _____		Nascido o _____ Em _____	
Nacionalidade _____		Nacionalidade _____	
Sexo _____		Sexo _____	
Estado Civil _____		Estado Civil _____	
Profissão _____		Profissão _____	
Residente à _____		Residente à _____	
N.º _____		N.º _____	
Bairro _____		Bairro _____	
Cúlis _____		Cúlis _____	
Cabelos _____		Cabelos _____	
Barba _____		Barba _____	
Bigode _____		Bigode _____	
Olhos _____		Olhos _____	
Sinais Característicos _____		Sinais Característicos _____	
TIPOS DE ENTORPECENTES			
☐ MACONHA	☐ ANFETAMINA	☐ OPIÁCEOS	☐ PRODUTOS NÃO
☐ L. S. D.	☐ COCAÍNA	☐ PSICOTRÓPICOS	☐ CONTROLADOS
DIVERSOS			
Já foi preso ☐ SIM ☐ NÃO ☐		Já foi processado ☐ SIM ☐ NÃO ☐	
Porta arma ☐ SIM ☐ NÃO ☐		Local do prisão _____	
Detido e Identificado _____			
mão direita			

ANOTAÇÕES				
mão esquerda				

ORDEM ALFABÉTICA
Secretaria da Segurança Pública
Pernambuco
DELEGACIA DE ENTORPECENTES

N.º 6890

Nome:

Vulgo:

Pai:

Mãe:

Infração:

Data: / /

.....
Responsável

2.A dialética das ordens opostas: os agentes da repressão

Utilizando-se ainda do fluxograma de entrada, observamos que quem exerce papel fundamental na passagem do dependente pela DE são os agentes institucionais, em interação face a face, entendendo-se por esta a presença física imediata, numa mesma situação, do dependente e dos agentes institucionais, influenciando-se reciprocamente (GOFFMAN, 1975). A prática institucional só se concretiza nas relações sociais conflitantes entre seus atores e, como diz FOUCAULT, "o poder não é uma coisa, mas se exerce na relação e, onde há poder, há resistência". (1982:183). Entretanto, a ação institucional não se dá isoladamente, através dessas relações interpessoais, mas participa das determinações de outras instâncias: os sistema judiciário e o público.

A Polícia funciona, a rigor, como mediadora entre a lei e as demais instituições de controle social. No âmbito do sistema criminal, cabe aquele corpo acionar toda a máquina regulando o fluxo de indivíduos que irão comparecer aos tribunais e que, eventualmente, serão remetidos aos presídios. Ao contrário do que se julga, a Polícia ocupa posição de superioridade com relação ao sistema judiciário, na medida em que os promotores e os juízes só examinarão o material que ela fornece. Se a Polícia não remete o inquérito, eles não têm como trabalhar. É ela, portanto, a entidade que detém maior poder (LEMGRUBER, 1987).

No marco institucional, onde as relações sociais entre os atores estão circunscritas, é que a prática cotidiana explicita as contradições do discurso oficial e revela o real objetivo institucional. Vejamos:

O Delegado da Especializada (Entorpecentes) é bacharel em Direito e está na base do triângulo da carreira judiciária. Ele é o intermediário entre a Justiça e os transgressores da lei, o encarregado do trabalho de "limpeza" e triagem dos casos de violação das regras sociais estabelecidas. Como um representante da Segurança, seu objetivo principal, aparentemente, é **mostrar serviço**, demonstrar sua utilidade social, como parte de um mecanismo organizado em luta contra o mal, difuso ou concentrado, que, de repente, se materializa num crime (tráfico ou uso ilícito de drogas). Conseqüentemente, é sua a incumbência de reprimir o tráfico (cap. III, IV e art. 41. e 44.) e prevenir o abuso (art. 1. e 3.), inclusos na Lei n.6.368. Todavia, na prática do dia a dia, o poder maior parece estar nas mãos dos agentes policiais. Estes, concretamente, são encarregados de reprimir o tráfico e uso ilícito de drogas.

Os agentes policiais tomam decisões legais em contexto de pouca visibilidade, o que, de resto, favorece as arbitrariedades. Como instrumento da classe dominante, a ação policial referenda o **status quo**, trazendo à luz, com maior intensidade, as infrações cometidas pelos membros das camadas situadas na base da pirâmide social, que, na maioria das vezes, desconhecem ou não dispõem de meios para fazer valer seus

direitos e escapar à ação repressiva.

Na prática, portanto, quem realiza a primeira seleção dos delitos é a Polícia. Nesse processo, podemos reconhecer um elemento fundamental na determinação da autoria de um delito: a visibilidade da infração. Se a ação delituosa é praticada em lugares públicos, a Polícia mais facilmente terá ciência do fato. Se ocorre em local de difícil acesso - apartamentos, privé, escritórios, festas privadas - a Polícia raramente presencia as infrações. Só terá conhecimento se for cientificada por alguns dos participantes do episódio. O fato da categoria **dependentes** encontrar-se mais a céu aberto - praias, terrenos baldios, cemitérios, praças, ruas centrais da cidade - torna-a mais vulnerável ao olhar policial. É fácil perceber, neste primeiro corte, quais são os favorecidos: as classes média e alta. Os desfavorecidos, as classes populares.

Na esfera institucional, os dependentes são redefinidos, subjetivamente, pelos agentes policiais, que lidam diretamente com eles, segundo critério próprio. Assim é que, concebidos como **vítimas**, não são indiciados em processo, mas, apenas, encaminhados ao DST e, depois, liberados para que sirvam de **informantes**. Se, ao contrário, os agentes os enquadram como **infratores** ('transeiro', 'ponteiro' ou traficante), eles são encaminhados à Justiça.

As suposições acerca do infrator ou vítima decorrem e, ao mesmo tempo, originam categorizações de sua

identidade e respectivos atributos, fazendo-se presentes, tanto ao nível do discurso como da interação face a face. No marco do discurso, têm o poder de definir o destino a ser prescrito: encaminhamento ao DST, à rua ou à Justiça. Como diz CASTEL,

"ao ser internado a instituição define um novo **status** jurídico, social e civil para o indivíduo. O elemento determinante que condiciona esse **status** é o internamento num **estabelecimento especial**, 'o que é reafirmado pelos pareceres de triagem técnico-científicos' (1978:55).

Assim, a priori, atribui-se uma identidade ao indivíduo (usuário ou 'ponteiro') e passa-se a tratá-lo como tal. Ao mesmo tempo, idealiza-se a identidade que ele deve adquirir e traça-se o seu destino.

O depoimento a seguir demonstra como estas diferenças são acionadas, como os agentes policiais encaram os dependentes que chegam à Delegacia bem como qual é a sua atitude com relação a estes.

"Procura-se saber, na Seção de Investigações, onde, quando, de quem e por quanto ele adquiriu a droga. O detido **tem que detalhar tudo** (grifo nosso). **Dar o serviço.** Analisa-se a situação dele: Se ele tem envolvimento com tráfico ou é somente usuário. No primeiro caso, ele retorna à rua, no papel de informante. Ele **serve melhor à gente na rua** (grifo nosso). No segundo, se ele quiser **dar informações...** (pausa) ele pode até ir mostrar a "boca". Se não, ele vai, diretamente, da Sala de Investigações para a sala das técnicas (risos)... Quando ele sai da sala das técnicas, retorna para a Permanência e Carceragem e, então, faz-se uma liberação, de forma escrita, com o seguinte teor: Por ordem do Sr. Dr. Delegado, é posto em liberdade fulano de tal, que, no ato de sua liberação, o mesmo recebeu todos os seus pertences. Data e o Permanente (agente policial) assina e, logo embaixo, assina o "cara" que está sendo liberado". (Informações colhidas, informalmente, no período de observação na Delegacia).

Os dependentes, por sua vez, percebem as diferenças de tratamento, por parte dos policiais, de maneira bastante realista.

"...humilhação...fiquei deitado no chão frio, xadrez todo sujo...Pensei comigo: quando eu sair,nunca mais eu uso droga... E quando foi na hora de sair, da liberdade, gostei muito , mesmo sendo bem tratado, pois eu não apanhei, eu não "passei fumo", né?..."(TONY)

"Eu fiquei apreensivo, aperreado, primeiro porque dei meu nome na porta, depois fui pro"xadrez"... Mas eu não sou "ponteiro", tenho ficha limpa... Mas,na hora de ser liberado fiquei alegre"(Tare)

Se o cara for envolvido com tráfico, entrar ali na Delegacia, se acaba...tá ferrado..."(CALANGO)

"Dois meganha samango desconfiou de mim e colocaram as mãos no meu bolso e pegaram as duas"chira", perguntaram, então, o que estava fazendo com a garrafa de uisque em meu poder,Aj eu disse que era do meu pai, que sobrou do Natal e eu estava levando pra vender... Então,eles me levaram preso. O plantonista perguntou de quem eu era filho, eu disse. Aj tudo mudou. Eles disseram pros outros: " Ele é filho de ..., colega da gente, trabalha no D.O.(Delegacia de Operações)". Me deram conselho, fui bem tratado, não passei vexame não... Eu sabia(outros colegas já tinham dito) que na Delegacia de Entorpecente se passa fome, passa sede,mas não tem violência, a gente não apanha,não..." (MINEIRINHO).

3.DST-Decodificação da Lei n.6.368/76 ou reforço à condição desviante?

Fundamentando-se na premissa "da relevante causa de reintegrar socialmente o Homem portador de conduta anti-social", houve, por parte da Secretaria da Segurança Pública de Pernambuco, a intenção de acionar mecanismos considerados indispensáveis como suporte a tal propósito. Com vistas a atingir esse objetivo, em 1978, o Secretário da Segurança

Pública, Bel. Sérgio Higino dos Santos Dias, conseguiu, por meio de Decreto Governamental, criar a Divisão de Serviços Técnicos, vinculando-a diretamente ao seu Gabinete, para atender aos setores de Costumes e Entorpecentes, embora pudesse, eventualmente, atuar por solicitação de outras áreas da Secretaria da Segurança Pública de Pernambuco. Aquele Secretário, afirmando, enfaticamente, "exercitar uma política de valorização do Homem através de ação essencialmente humanitária, convida duas assistentes sociais, às quais atribui a responsabilidade de proceder à efetiva implantação do Serviço.

Assumindo o encargo e aceitando a diretriz proposta, as assistentes sociais, ambas da Superintendência do Sistema Penitenciário do Estado de Pernambuco, SUSIPE, Vitória Machado e Davina Barros, iniciaram o processo de implementação da Divisão de Serviços Técnicos. Desse setor deveria emanar a executabilidade do disposto na Lei n. 6.368, de 21 de outubro de 1976. Sua estrutura organizacional foi inspirada no modelo existente na área penitenciária (SUSIPE), sofrendo apenas algumas adaptações, compatíveis com a realidade da Secretaria da Segurança Pública de Pernambuco-SSP.

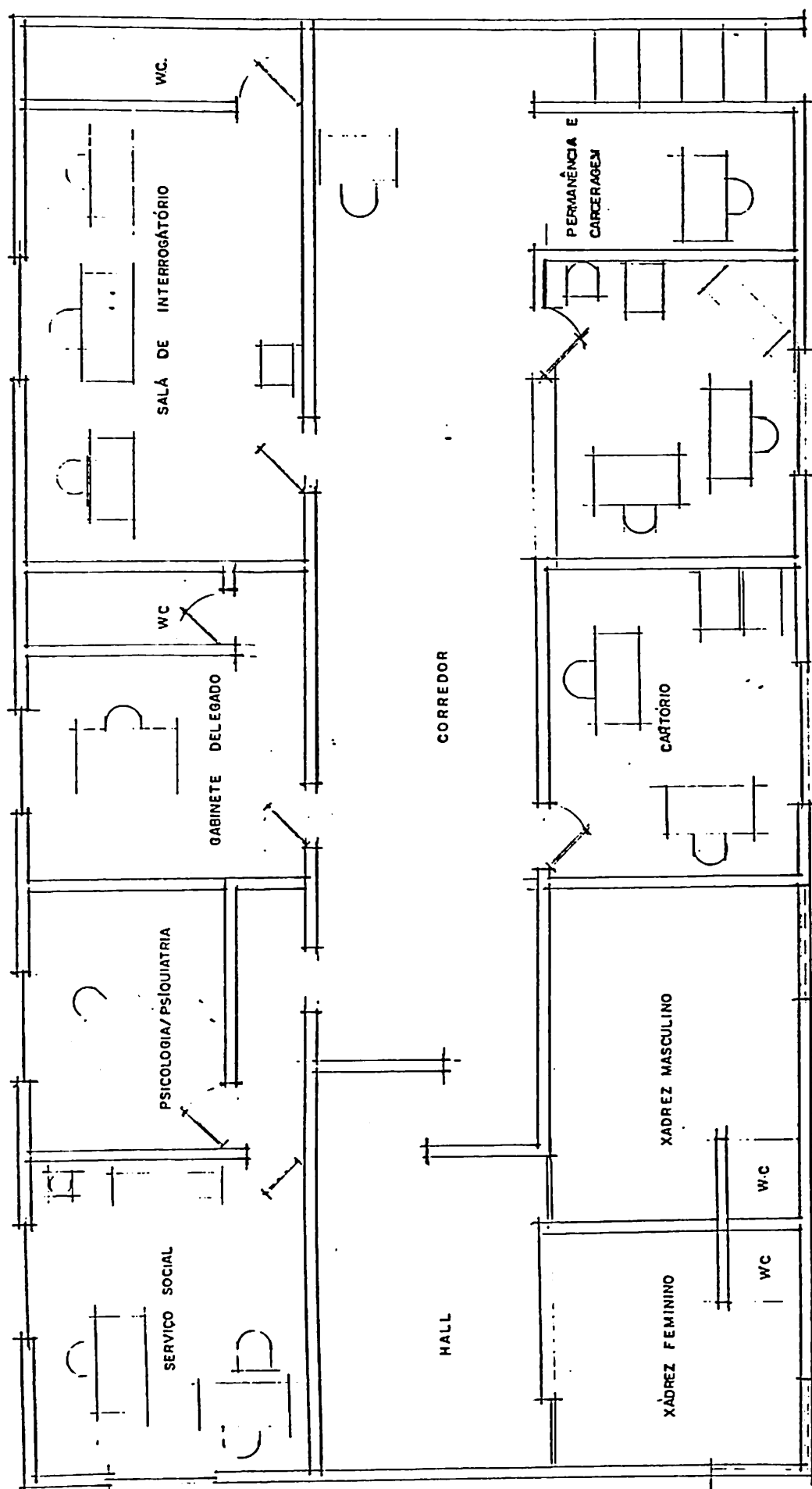
Conforme o Planejamento do trabalho, as duas técnicas iniciaram pela "seleção e recrutamento de pessoal técnico" nas áreas de Serviço Social, Ciências Sociais, Psicologia e Psiquiatria. Na realidade, mera formalidade, na medida em que a equipe foi indicada por apadrinhamento, quer do Legislativo Estadual, quer do Federal, segundo depoimentos dos

próprios integrantes da equipe. Numa etapa posterior, foi elaborado um diagnóstico que resultou no Plano Global de Ação, nele incluídas as atribuições afetas às quatro áreas que compõem o setor. A nível administrativo, tanto as despesas para a viabilidade do trabalho quanto o gerenciamento couberam aos técnicos do Serviço Social.

A equipe do DST que é multiprofissional e integrada por psiquiatra, sociólogo, psicólogos e assistentes sociais, procura, independentemente da formação técnica de cada um, somar esforços no sentido de melhor atender à sua clientela. Cada um desses especialistas mantém contato direto com o dependente, de modo que suas respectivas observações possam subsidiar a avaliação global do dependente e o estabelecimento do diagnóstico e da indicação terapêutica. Por meio desse processo, define-se, pois, a alternativa a ser proposta para a adoção das medidas subseqüentes.

Ao descrever, com pormenores, o ambiente físico que serve de palco à operacionalização da Lei n. 6.368/76, tem-se a pretensão, em última instância, de contextualizar o processo através do qual se dá o encaminhamento para a "recuperação" dos dependentes. Situadas numa mesma edificação, no bairro de Santo Amaro, estão a Delegacia de Entorpecentes e a de Roubos e Furtos de Veículos, circundando-as, de um lado, o Cemitério de Santo Amaro, e, do outro, a sede do SESC, além da proximidade do Instituto de Medicina Legal. Ao aproximarmo-nos da Delegacia de Entorpecentes (DE), podemos, de imediato, observar aquelas

PLANTA BAIXA DA DELEGACIA DE ENTORPECENTE



características externas peculiares às delegacias: construção austera, com paredes despojadas de qualquer elemento decorativo; entrada estreita e única. O aspecto exterior da Entidade não pode enganar, nem mesmo ao incauto. Ali está uma delegacia e nela os que um dia ousaram transgredir as normas da sociedade em que viviam.

Se o exterior mostra-se muito pouco atraente, do ponto de vista estético, a parte interna é ainda menos agradável. Nas dependências da DE, as paredes são pintadas com tinta a óleo, verde e cinza. Piso de granito escuro. O mobiliário básico de cada sala compõe-se de birô, fichário, cadeiras do tipo gerdaus, bastante rotas, uma máquina de escrever manual e um ventilador de teto, velho e ruidoso. Situada entre o "xadrez", o gabinete do Delegado e a sala dos agentes e separada por um "hall", encontra-se a Divisão de Serviços Técnicos. Paradoxalmente, o ambiente transforma-se. O espaço é dividido em duas salas: uma para o Serviço Social e a outra para o Consultório da Psiquiatra e das Psicólogas. Ambas têm o piso alcatifado e contam com aparelho de ar condicionado, mobiliário moderno, além de elementos decorativos nas paredes sobriamente pintadas.

Do lado oposto às salas do DST, separado apenas por um "hall", localiza-se o 'xadrez'. As condições sanitárias e higiênicas são precárias. Os dois cubículos (masculino e feminino), infectos, exalam um odor acre-doce de uréia acidificada, de vários dias, associado ao de carne

putrefata, proveniente das 'brocas' dos dependentes. Não raro, as condições ambientais tornam-se insuportáveis.

3.1 Organização interna e rotina de trabalho

Todos os membros da equipe, em termos de escolaridade, possuem nível universitário completo. Em virtude desse fato, os técnicos encontram-se em estreito relacionamento uns com os outros. Outrossim, ao indicar que os membros da equipe tendem a se relacionar por liames de dependência recíproca e que entre eles prevalece a familiaridade, é conveniente mencionar os componentes básicos deste relacionamento: as atribuições, por competência, apropriadas para cada um deles, e o poder decisório sobre a conduta terapêutica a ser utilizada.

A rotina de atendimento, de acordo com os informes colhidos, ilustra as colocações acima referenciadas:

" O dependente vem conduzido pelo chefe de carceragem para a Divisão (grifo nosso). Ele [dependente] passa, primeiro, pela Assistente Social, para a triagem social (ficha de identificação com dados individuais e familiares). Em seguida, vai para o setor de Psicologia. Lá, o Psicólogo faz a anamnese completa. Depois, vem discutir o caso com as Assistentes Sociais. Se o dependente retorna, marcamos uma psicoterapia, que não chega a ser uma grande coisa, na sua essência devido as instalações daqui... Então, se faz um estudo de caso, sabe? O dependente passa a ser trabalhado pelo Psicólogo, e a família dele, pela Assistente Social".

Prosseguindo com a descrição da rotina, os técnicos afirmaram:

"Se houver necessidade de internamento, solicitamos o setor de Psiquiatria, pois o internamento clínico é somente ele quem faz (grifo nosso). Ficou estabelecido que essa função era da Psiquiatria. Quando ele [dependente] tem vínculo beneficiário, nós enviamos para a rede do INAMPS. Quando não tem, vai para o Hospital Ulisses Pernambucano [hospício] (antiga Tamarineira), ou a clínica N. S. de Fátima, em Olinda".

Indagamos dos técnicos qual seria a conduta terapêutica adotada, respectivamente, em três circunstâncias nitidamente distintas, abaixo apresentadas.

I. O Dependente não aceita retornar à Divisão e submeter-se ao tratamento.

T - "Ele é liberado e orientado para os serviços que fazem, gratuitamente, atendimento psicoterápico, tais como o Hospital das Clínicas, a UNICAP e a FAFIRE".

II. O dependente não deseja o atendimento psicológico, mas quer o tratamento de seus problemas clínicos.

T - "Ele é encaminhado, através de ofício da SSP, em papel timbrado (grifo nosso), assinado por um elemento especializado da equipe, no caso, o Psiquiatra ou Psicólogo, emitindo o parecer e esclarecendo sobre o tratamento que deverá ter. O veículo da SSP, a serviço da Divisão, o conduzirá ao local do tratamento" (grifos nossos).

III. O dependente apresenta problemas psiquiátricos.

T - "Encaminhamos e aprofundamos a anamnese para o exame mental, examinando os distúrbios da afetividade se o que ele está falando está desconexo com o que está sentindo, se ele apresenta agressividade, passividade, euforia ou depressão; inteligência (se há comprometimento intelectual: se aprendeu a ler, que coisa ele sabe fazer, se conhece dinheiro, se sabe contar); consciência (se ele sabe quem é ele, a noção do eu: como é o nome dele, quantos irmãos tem); atenção e memória (se ele está concentrado ou disperso, se ele está orientado no tempo: que dia é hoje, qual é o dia da semana, do mês, descrever dados, quando foi isso); linguagem (se é uma logorréia intensa - fala sem parar-,

se o discurso é coerente- não pula de um assunto para outro- ou monossilábico - lento, não responde); pensamento (confuso, desagregado, muda para outro assunto, não sabe o que falou). Você percebe isto através da linguagem, se ele consegue exprimir o pensamento, compreende? Emitimos um parecer psiquiátrico, que será entregue no hospital. Ficou estabelecido, na equipe, que seria o Psiquiatra a exercer essa função. Se ele não estivesse na ocasião, outro membro da equipe o faria. Todavia eu nunca fiz. Creio que não seria recusado nas Instituições Psiquiátricas, pois mandaria um parecer psicológico, retruca, com ênfase, o entrevistado" (grifos nossos).

Prossegue explicando:

"Nesses casos o psiquiatra acompanha os indivíduos até o local do internamento. São conduzidos e custodiados pela SSP, porque, de alguma forma, eles estão sendo liberados..." (grifos nossos).

Alguns componentes articulados e significativos são extraídos dessas rotinas de atendimento diário da Divisão. O primeiro a ser destacado é o de que a realidade concreta do atendimento (Prevenção e Recuperação), apesar de instrumentalizada por psicólogos, assistentes sociais, sociólogo e psiquiatra, tem seu caráter definido pela atuação disciplinar e repressiva da Delegacia de Entorpecentes : apreender o dependente e encaminhá-lo ao setor terapêutico (Vide o fluxo de entrada). O segundo consiste na especificidade de diagnosticar, atribuída ao médico psiquiatra. Isto nos remete à problemática de demarcação de fronteiras entre especialistas, e deixa clara a influência da Psiquiatria no campo das drogas. E, por último, a presença do aparato administrativo-institucional, reforçando a condição desviante do dependente (ofício, diagnóstico, veículo, ficha de liberação).

Outro aspecto de real significado, a ser analisado no tópico seguinte, configura as respostas às relações sociais

nas quais há um número de papéis claramente definidos e conflitantes.

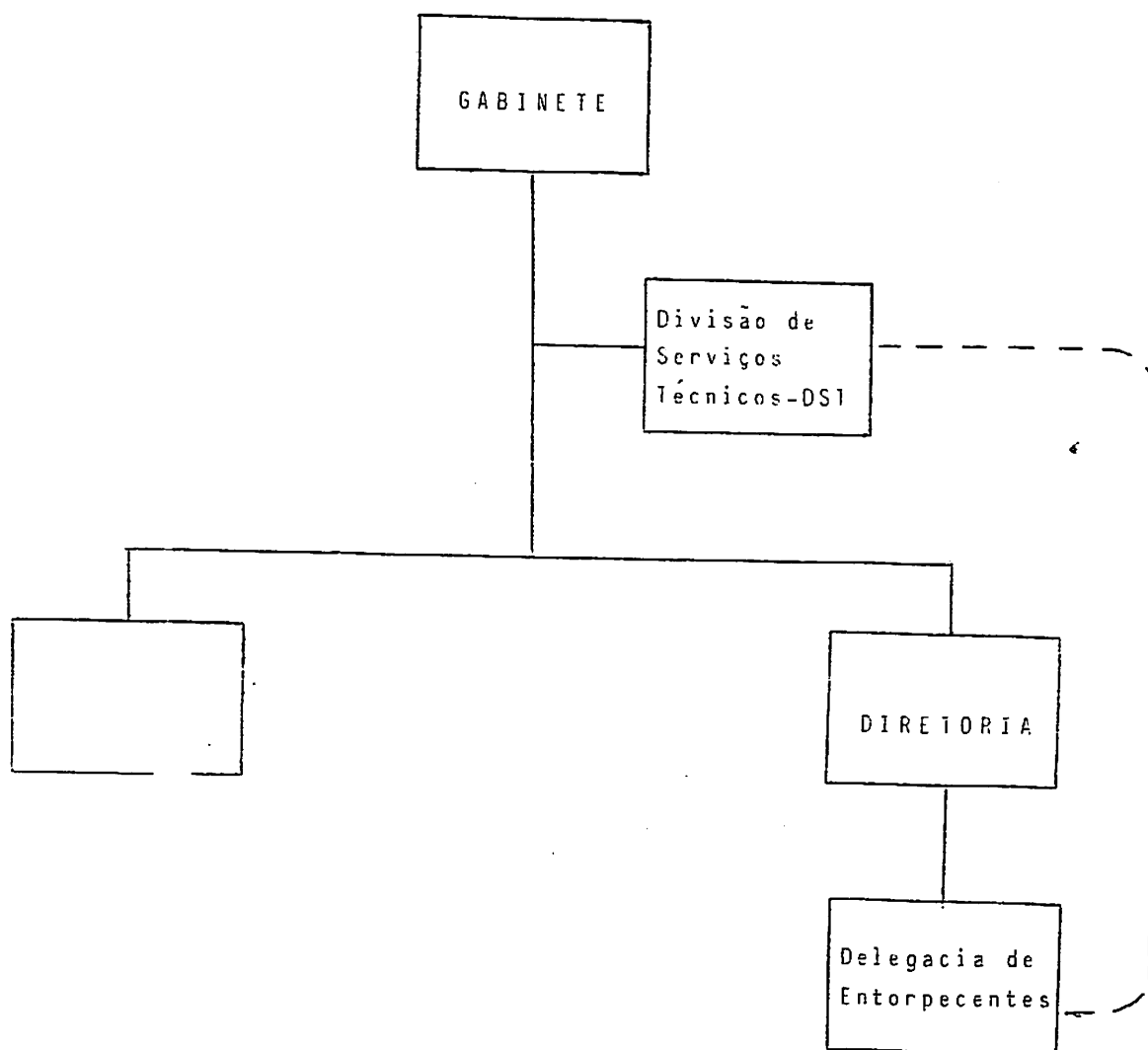
3.2.As relações internas

O corpo técnico da DST, embora subordinado diretamente ao Gabinete do Secretário da Segurança, encontra-se, do ponto de vista funcional, ligada e dependente do Delegado e seus agentes policiais (Vide organograma).

As relações dos agentes policiais com o corpo técnico deveriam ser de subordinação funcional. No entanto, na medida em que ambos se ligam à mesma Direção Geral [Gabinete], na prática, estabelece-se uma divisão estanque entre o desempenho terapêutico e o disciplinar. Interagindo, pois, numa dinâmica repressiva já estabelecida, o corpo técnico e os policiais se antagonizam, embora de forma não explícita, mas, sutil, criando barreiras que comprometem o desempenho do setor, na medida em que interfere negativamente no número de atendimentos e na terapêutica proposta para os dependentes de drogas.

Como vimos, o encaminhamento dos dependentes para a equipe se efetua via policiais, e são estes os que acabam determinando a atuação institucional. Se o policial decide não encaminhar o dependente, a DST fica ociosa. Estabelece-se um círculo vicioso em que o antagonismo latente acaba criando

ORGANOGRAMA PARCIAL DA SSP



ambiente tenso, no qual a equipe se sente desacreditada e injustiçada. Ao mesmo tempo, os agentes policiais justificam seu desempenho com base numa diretriz que orienta o comportamento policial da DE "a repressão e o combate ao tráfico de drogas". As queixas são bilaterais. Os terapeutas tendem a rejeitar a convivência mais estreita com os agentes, ainda que tenhamos observado algumas exceções de ambas as partes. A quase agressividade no relacionamento com os agentes, e vice-versa, dificilmente permite uma interação completa e normal, em termos de cooperação e solidariedade, predominando, em todo o relacionamento, dimensões conflituais. Desse modo, a barreira nos contatos confere à relação terapeutas/agentes um forte coeficiente de ambigüidade. Essa ambigüidade apresenta-se tão sutil no seu processo de "encubrimiento", que bloqueia uma reação que possa erigir-se em contraforça. Com certa regularidade, os agentes apreendem **alguns** dependentes e os encaminham aos técnicos, impedindo prováveis queixas de bloqueio de trabalho.

Quanto ao dependente, é na interação face a face com os terapeutas e agentes policiais que as suposições sobre a sua identidade se explicitam em gestos e palavras. Ao nível das representações, o dependente aparece como **desviante**, merecedor de maior ou menor descrédito; ao nível de contato, no momento em que as representações se manifestam em gestos e palavras, a interação se distribui num **continuum**, constituído pela conversa, conselho, orientação (pelos terapeutas), inquérito, cobrança, admoestação, ameaças, "xingamento" e vigilância (pelos policiais).

Pode-se, facilmente, constatar o grau de instabilidade a que estão sujeitos os dependentes, no que diz respeito ao tipo de tratamento dispensado, por ocasião de sua estada na Delegacia de Entorpecentes. O relacionamento entre os dois setores nos interessou sobremaneira, pois nos possibilitou analisar com mais clareza o processo de reforço à condição de desviante, vivenciado pelos dependentes que foram submetidos ao tratamento de recuperação na DST.

A percepção do terapeuta pelo dependente parece ser projeção do policial, na medida em que ele é um elemento institucional, inserido num circuito que não exclui a polícia, figura cotidiana no mundo dos dependentes. Por isso, não é raro que o contato com os técnicos venha a constituir-se em desafio, ou, por outra parte, a equipe terapêutica é para eles, nada mais nada menos do que aqueles que encontram numa sala e dos quais dependem para sair.

BOLOLO, irônicamente, desabafa:

"... chama a gente ali na salinha dele... um assunto que puxa um dia, ele puxa no outro dia o mesmo assunto, só aquilo, sabe? O assunto? Você sabe... como é sua família, como é sua casa, quantos irmãos tem, você trabalha, que dia é hoje, o que você sabe fazer, você estuda, quando começou a tomar droga, por que começou, você se dá bem com a sua família, tem alguém doido na família... Depois das Assistentes, vai falar com o Doutor [psiquiatra], com a Psicóloga ...tudo a mesma coisa, sabe? "(grifo nosso).

PITOCO sintetiza as representações que a maioria dos dependentes entrevistados adquirem acerca da DST, após serem submetidos ao tratamento:

"As Assistentes só chamam a gente pra falar o que a gente fez ou não fez...E ficam anotando. Todos eles [Assistente, Psicólogo, Psiquiatra] só sabem escrever no papel. Como querem recuperar a gente? O serviço, das Doutoradas não recupera nada, não está com nada...É uma besteira "(grifos nossos).

No discurso dos dependentes, a recuperação apresenta-se como decorrente do esforço pessoal, fazendo-se presente sempre que a pessoa empregue todas as suas forças para consegui-la. A recuperação,, então, dependeria da vontade de cada um. Eis alguns depoimentos:

"O melhor tratamento é a força de vontade da própria pessoa" (TARE).

"Ser mais direto, realista, com uma conversa mais aberta. Vale a pena procurar apoio, pois toda tentativa válida para ajudar o viciado,mas vai depender dele. As Doutoradas não devem acreditar muito em tudo que o viciado diz. Deve ser mais rigorosa, deixar de lado a moleza. Pra mim não valeu a pena (grifo nosso), pois só funcionou até o momento que eu estava preso lá"(TONY).

"Aqui na Delegacia ,não. Só numa casa de recuperação e por livre e espontânea vontade da gente... Vale pra uns, pra outros não . Eu,por exemplo,não valeu, voltei a usar drogas..."[grifos nossos] (PITOCO).

"Se isto aqui [DST] fosse noutro lugar, eu até que vinha, porque eu preciso, mas, para eu voltar aqui dentro da Delegacia, "encarar" lá fora [os policiais]... Mas,me desculpe,mas eu não volto "[grifos nossos] (COCOTA).

O depoimento de MINEIRINHO é pungente:

"Levando na Polícia não combate o vício. Não funciona... O melhor pra mim é ter mais apoio. Conversar mais comigo. Pelo menos a família. Dar mais apoio. Minha mãe tem cinco irmãos. Todos cinco moram tudo no mesmo lugar que eu moro, mas nenhum falam comigo. Ninguém chega pra conversar... Meu pai não tem família nenhuma...Foi filho único. Só tinha a mãe dele.O pai dele (meu avô) deixou minha vó quando ele ainda era pequeno. O ano passado ela morreu... Ele bem que podia conversar mais comigo. Eu preciso é disso, não é de internamento, não é de comprimido..."(grifos nossos).

3.3 O processo terapêutico

O processo terapêutico é revestido de precariedade e inutilidade. Há discrepância entre o atendimento rápido e arbitrário e as necessidades do indivíduo dependente, o que demonstra que a prática terapêutica se constitui num pseudo-tratamento, embora o Decreto n.6.368 prescreva a terapia do dependente como objetivo central.

Um dos terapeutas expressou de forma inequívoca a descrença na utilidade da Lei n. 6.368/76, a qual, paradoxalmente, ela instrumentaliza na DST:

"... a lei não serve para nada, ela não é aplicada, não é respeitada..."

Prosseguindo, desabafa:

"No tratamento do dependente de Algañan deveria ser feito uma desintoxicação física, certo? E isso a gente não poderia dizer que é feito no tratamento que a gente executa. Você vê que o tempo de permanência aqui é irrisório e não representa nada para uma desintoxicação..."[grifos nossos] (Psicólogo).

Outro terapeuta afirma que

"... a lei não está importando em nada, pois o cliente já vem da outra sala [xadrez ou sala de interrogatório] com violência"...[grifos nossos] (Assistente Social).

Outro técnico assim se expressa:

"...com relação ao dependente falar da lei coloca uma barreira entre mim e ele..."[grifo nosso] (Psicólogo).

Estas observações são bastante pertinentes, na medida em que, para uma ação terapêutica resultar eficiente, seria necessário, pelo menos, que o tempo passado na DST, atingisse,

em média, dezoito meses— período considerado mínimo para a desintoxicação física do dependente de "pico"— segundo recomenda o psiquiatra Claude OLIEVENSTEIN, do bem sucedido Centre Medical Marmottan, de Paris.

Um técnico que trabalha, há oito anos, na DST afirma que

"O principal problema enfrentado pela equipe reside na falta de recursos para aquisição de materiais considerados necessários e imprescindíveis ao desempenho profissional: testes, jogos, equipamentos e ambientação adequada. Não dispondo dos componentes mínimos para atender satisfatoriamente os dependentes, a alternativa mais comum é proceder a um tête-à-tête superficial e rápido" (grifo nosso).

Em relação às necessidades objetivas do setor de Serviço Social, pouco pode este realizar, uma vez que não conta com condução própria para ampliar sua atuação junto à família do dependente. Seu trabalho limita-se, tão somente, a providenciar documentos diversos, tais como: carteira profissional, e de identidade, título de eleitor ou algum outro documento, além de tentar localizar a família para liberar o dependente.

Nos três setores da DST (Serviço Social, Psicologia e Psiquiatria), o tratamento de rotina consiste no atendimento individualizado. O depoimento abaixo nos dá uma noção clara do que é o cotidiano da DST.

"Minha rotina é a seguinte: o dependente vem do xadrez para a minha sala, conduzido pelo Chefe de Carceragem. O encaminhamento de atendimento é feito por etapas. Leio a ficha dele para saber alguns dados: tipo de droga utilizada, motivo da apreensão, envolvimento (passagens de infração). Em seguida digo meu nome e profissão. Procedo ao preenchimento da ficha do setor (parte formal)

com dados identificatórios[pela segunda vez o dependente responde sobre seus dados pessoais]. Somente então início o diálogo com o dependente. Conte-me como você chegou aqui. Quais as razões e os motivos da apreensão.

Habitualmente o dependente chega se defendendo e somente depois ele começa a admitir o que estava fazendo e passa a falar com naturalidade sobre o uso da droga .Pergunto,então : há quanto tempo faz uso ; drogas que utiliza ou experimentou; como foi a primeira experiência; quando e com que idade; o que sentiu; que importância atribui à droga na vida dele"...[grifo nosso].

Explica a terapeuta:

"...anoto as coisas mais significativas, e estas perguntas servem para que eu tenha uma visão do grau de envolvimento dele com a droga. Solicito sua história de vida (antecedentes pessoais,saúde, doenças mais comuns, cirurgias,educação sexual que recebeu, que tipos de experiências sexuais vivenciadas, início da vida sexual, experiências ocupacionais, amizades, lazer). Toda essa parte se concentra no indivíduo, entende ? A etapa seguinte volta-se para a família . Indago : sua família tem conhecimento de sua dependência à droga? Como é constituída a família? Tem irmãos? Com quem vive? Como se enquadra na família ? Existe internamento psiquiátrico na família? Algum familiar usa droga? No final da entrevista, esclareço ao dependente os objetivos do Serviço Técnico, colocando-o à disposição, na medida que ele sinta vontade de participar do tratamento. Se não houver a aquiescência do dependente, solicito a presença do responsável por ele e libero-o através de ofício, conforme modelo próprio da Divisão"[Vide Anexos] (Assistente Social)[grifos nossos].

Aliado às condições precárias,outro problema apresentado, velada ou abertamente,é o descontentamento profissional.Revela uma Assistente Social: "O que aprendi na Universidade eu já esqueci aqui...".Prosseguindo,desabafa:

"De repente, a gente vê que,na verdade, estacionou muito,profissionalmente..Eu não sei se em função ou por falta de motivação ou de acomodação mesmo e... Isso ocorreu maciçamente aqui. A culpa é da gente. Cada um deveria crescer,pelo menos teoricamente. Deveríamos estar sempre atualizadas (cursos,simpósios, congressos, etc.) sempre buscando coisas novas. Não houve evolução profissional. A gente somou experiência de sete anos,muita coisa... Se houvesse uma "injeção",a gente

botaria para fora o que vimos aqui. Digo profissionalmente eu, Assistente Social, acho entristecedor, sabe? Porque não me gratifica de jeito nenhum..."(grifo nosso)

Além das restrições que podem ser feitas à própria qualidade dos serviços terapêuticos, há que se ressaltar - o que resulta sobremaneira paradoxal neste contexto - a superficialidade, e mesmo o desconhecimento, pela equipe da DST, do conteúdo legislativo do Decreto n.6.368/76. Observem-se os depoimentos:

"Não sei qual é o capítulo, nem quais os artigos,...mas todos estão **"carecas"** de saber dessa lei... Eu acho que é através de uma **emenda(!)** da Lei n. 6.368 que se refere ao tratamento..."[grifos nossos] (Psiquiatra)

"Não sei sobre os capítulos, os artigos. Só sei que a Lei anterior era mais severa e esta veio dar ênfase ao tratamento. Sei que fala sobre INPS, clínica especializada..."(Assistente Social).

"Não me lembro".(Psicóloga).

Tomados em conjunto, estes depoimentos constituem um indicador expressivo da situação real pois o setor encarregado de instrumentalizar, a nível operativo, a Lei n.6.368/76 está desaparelhado para executar os objetivos propostos. O que não quer dizer que não se tentaram novas opções nem que sejam aceitas as propostas mais disciplinadoras. Enfim, existe o nível da prática institucional e o outro, o do discurso, ambos distintos, porém, interdependentes. O discurso é de conhecimento público: é generalizante e abrangente, com grande visibilidade(Lei n. 6.368/76). O outro compõe-se de tentativas abortadas (tratamento através de uma instituição repressiva e sem aparelhagem nem local apropriado, operacionalizadas pelos profissionais que compõem a Divisão de Serviços Técnicos.

CAPITULO V- UMA VEZ "OUTSIDERS"...

"... Em que espelho ficou perdida a minha face?"

Cecília Meireles

1. Da produção à reprodução da identidade desviante: acusados e acusadores

Até aqui tentamos perceber os momentos marcantes da trajetória dos dependentes, do ponto de vista das pressões sociais que motivaram suas ações marcaram, em definitivo, seus comportamentos. Cotejando as diversas situações narradas pelos dependentes vimos que suas condições de vida caracterizavam-se, de modo geral, pela inexistência de espaços físicos e psicológicos próprios, onde pudessem localizar-se e aos quais sentissem pertencer. Na condição de indivíduo "desacreditável" como pessoa, o dependente foi sendo excluído, gradativamente ou de forma abrupta e dramática, da família, da escola, da comunidade, da rua.

É este o quadro que aparece nos depoimentos dos dependentes, quando descrevem o momento da percepção, pelos outros, do seu desviante. Vejamos alguns trechos de discursos dos dependentes pesquisados.

"Minha mãe, quando descobriu, me expulsou de casa...Depois, ela voltou atrás. Os vizinhos comentam, e eu não gosto, eu sinto vergonha. Mas o vício já tomou conta do meu corpo [grifos nossos] (COCOTA).

"Quem soube primeiro foi minha irmã. Tomou um choque. Não aceitou a idéia de me ver tomar droga...Fiquei angustiado, porque decepcionei a pessoa que eu mais gostava...Foi ela que me criou. Não conheci minha mãe...Ela morreu quando eu tinha 8 anos..." [grifos nossos] (PITOCO).

"Eu estudava no Colégio Salesiano, quando a Dra. Margarida Cantarelli me convidou para trabalhar na Casa Civil. Aí, eu fiquei como Oficial de Gabinete, mas continuei a fumar maconha. Trabalhei lá de 1979 até 10 de

maio de 1982. Por que saí? Era tempo de campanha política. Sílvio Amorim não quis atender uma pessoa. Essa pessoa ficou zangada e disse pra mim: 'Eu pego você lá fora!' Eu respondi: 'Então vamos saindo logo, junto, para a Praça da República, para resolver logo... Foi aquela confusão. Eu disse que não trabalhava mais. Fui pra casa, briguei e, então, peguei os três termos do trabalho e, debaixo do pé de carambola, queimei eles todos e fui depois pra rua. O pessoal de casa disse que eu era bandido... Aí, eu roubei um toca-fitalá em frente ao Colégio Salesiano, e vendi no posto Pichilau... Era um toca-fita coreano. Aí, pronto... Voltei para a cidade. Passei duas noites, mais ou menos, na rua. Depois, telefonei para casa, perguntando se poderia voltar. Mamãe disse que eu podia, mas que a Dra. Margarida não queria mais eu trabalhado lá... Depois da confusão, né? Fui pra casa, tomei banho, tomei café, fui na Farmácia Caxangá. Aí, comprei 4 Fiorinal... Voltei pra casa e fui... dormir. Às três horas da tarde aparece o Major Siqueira (o do escândalo da macaxeira!) e mamãe me internaram no Jaime da Fonte. Estava dormindo e me acordaram para me internar.. Passei 4 meses e meio internado e sendo tratado com o Dr. Luciano (Psiquiatra). Quando saí, mamãe mandou construir, com muito gosto, um quarto pra mim em cima do quarto da empregada, todo independente... Tinha até um janelão... Arrumou direitinho a minha vida... Me arranhou emprego na Clinda Motor, em Peixinhos. Eu ganhava 7 mil. Aí, eu comprava 5 de maconha, era uma mutuca ass m... (250gr). E o resto... eu comprava doce, pesteirolas, sabe? Mas mamãe continuava aperreada, né? Aí, então, eu resolvi deixar o emprego e aí, veio essas idéias malucas, né? De querer um "güento" (roubar de novo)... Aí, me juntei com Paulinho, da rua do Giriquiti, sabe? Eu ficava roubando, eu e Paulinho, né? Eu roubava o carro para tirar o toca-fita e comprar maconha e Algafan. Quando minha família descobriu tudo... fui internado. Passei dois meses no Otávio de Freitas, dez meses no Sanatório Recife, dois meses na Peniel (Desafio Jovem), de São Paulo, Belo Horizonte e Vitória de Santo Antão... Mas, fui expulso do Desafio Jovem porque me pegaram fumando maconha. Eu sou caçula, minha irmã mais velha domina minha mãe, e meu pai já é velho... Eu comecei de novo a fazer confusão na porta de casa... Aí, pintou sujeira. Mamãe telefonou para a Polícia... Aí, eu fiquei 16 dias no "refresco". Eles (minha família) queria que o Delega mandasse eu pra Dois Unidos (Presídio Aníbal Bruno), mas... o Delega não deu o fraga (flagrante). Aí, então, eles exigiram que eu não passasse nem na rua de casa, para não perturbar os estudos de minha irmã (ela estava fazendo concurso pra Procuradora".

Indagamos acerca da eficácia dos tratamentos, das passagens pela instituições, bastante diversificadas. E

ele, enfaticamente, respondeu:

"...Ajuda, né? Ajuda... É o tal negócio: querer não é poder...É...Querer não é poder...Mas eu me sinto menos **maltratado** sendo atendido pelas Assistentes Sociais do que pelos Psiquiatras,...Eles decidem se uma pessoa é louca,né?...[grifos nossos] (BOLOLO).

A identificação social dos desviantes é formada,não apenas a partir das rotulações feitas pelos membros da sociedade, considerando-os como fazendo uma **leitura** que diverge das normas vigentes, mas,também,por eles próprios, ao incorporarem a forma como são identificados. Trata-se da auto-identificação das divergências.

CARECA, expressando-se em linguagem que denotava sua condição de universitário, enfatizou:

" Não tenho nada para fazer. Não tenho nada de bom para ofertar a ninguém. De mim não resta mais nada. Apenas um corpo idiota que pensou que a vida fosse só prazer; uma mente vazia que se deixou levar por um **"papo furado"**, sem nenhum fundamento. Sou um viciado. Um dependente.Comecei com maconha. Hoje em dia com **"picos"**... Por maior que seja meu nojo por essas drogas, eu não consigo afastá-las de minha vida. Quando os efeitos destas drogas malditas passam, me sinto tão mal que o único recurso é tomar mais e mais... Os amigos [da droga] diziam que era **"uma boa"**, que eu iria curtir altas **"viagens"**, **"ligações"**, mas viajar para onde? Pergunto eu, agora, viajar para a sepultura? Para longe dos amigos? Dos parentes? Para longe de tudo?... Meus pais (adotivos)se separaram por causa de mim, porque eu **causava brigas** entre eles... Saí de casa... Eu tive uma garota que morreu porque tinha tomado uma dose excessiva. É pior de tudo: a dose foi aplicada por mim...Oh, Meu Deus! Como pode um homem chegar ao ponto que cheguei? Como eu gostaria de deixar o vício, poder novamente unir meus pais e devolver a felicidade a muita gente que me conheceu!..."[grifos nossos].

Ao ser indagado acerca da imagem que ele formou de si próprio, retrucou de forma amarga:

"... a droga pode dar momentos de prazer, que se

transformarão em séculos de desespero que jamais serão apagados. A droga destruiu todos os meus sonhos, os meus desejos, a minha vida junto da minha família, tudo, mas tudo mesmo!... O viciado é um todo psico-físico que grita e debate-se dentro de seu labirinto de simbolismo, buscando, em vão, defender-se a todo custo. Tem-se buscado a solução do seu real problema, ou seja, o seu split?

Para BACELAR,

"a identidade não se constrói de uma única e definitiva vez; será de forma dialética e contínua, fruto do processo de interação social com outros indivíduos. Há, assim, um processo de criação e recriação contínua da identidade individual. A aquisição de uma identidade subjetivamente coerente por parte do dependente, de uma forma dialética, terá por base as práticas sociais e valores vigentes na sociedade abrangente, os valores sociais e culturais transmitidos, implícita e explicitamente, por sua categoria de desviante e por outros significativos" (1982:125).

O dependente adquire uma percepção aguçada e crítica do que ocorre à sua volta, tanto ao nível do factível quanto ao nível das relações. Percebe, desde muito cedo, que a sociedade espera que ele seja um marginal, por já considerá-lo, potencialmente, como tal. Ele reconhece o estigma que lhe é atribuído, bem como a imagem e atitude que esperam que ele assuma. Isto fica patente no depoimento dos dependentes:

"Olhe, tem pessoas que ficam fazendo crítica de mim, que eu não sirvo pra nada, que sou um traste, um inútil, tem nojo de mim. Eu percebo tudo isso, sabe? Sei que sou rejeitado e, para isso, meu único jeito é fazer uso da 'liga'..." [grifos nossos] (QUINHO).

"...um viciado em droga é um desiludido, um doente... Mas as pessoas, né? Aham que é tudo quanto não presta, que é ladrão, marginal. Eu sei que alguns são, mas eles nos tratam como se a gente também fosse... [grifos nossos] (TOTA).

MINEIRINHO, ao ser indagado sobre isto, respondeu zangado, mas com muita agudeza:

"Muitos acham que somos todos marginais. Muitos são

mesmo. Eu não me acho marginal, porque eu nunca roubei, em canto nenhum, sabe? Agora, os "negócios" de casa, eu não vou mentir não, já tirei: roupa minha, sapato, paletó de meu pai... As pessoas pensam que o viciado é nojento, é inútil. Não quer nem falar com ele. Não dá nem um oi e, se dá, é a pulso. Não falo com ninguém da rua, com ninguém de lá... (pausa) Ninguém fala comigo. Eu falava com todos, falava com toda a minha família, que mora perto de casa. Agora deixei de falar com todos. Não vou na casa de parente nenhum, mas também os parentes já não querem que eu vá lá. Na família, o único que se 'liga' sou eu... Você quer saber a verdade, mesmo? As pessoas que são viciadas estão fora da comunidade... Quem está tomando droga, não adianta, não... Não entra em sociedade nenhuma... Ninguém. Meu pai mesmo perdeu de me botar na polícia civil agora, por causa da droga. Ele mesmo me disse... "[grifos nossos].

"Eu não sou marginal, um safado. Eu sou um trabalhador. O único defeito meu é gostar de mim lembrando" [grifo nosso] (MAGO).

PITOCO relata, de maneira fria, sua situação atual, embora, nas entrelinhas, expresse sua mágoa:

"Antes, eu tinha vários amigos, todo mundo me tratava bem, era querido... Hoje, só tenho amigos que tomam liga, pois o resto não quer papo comigo... Eles tem medo de a polícia também ir atrás deles. Eu acho que o cara viciado é doente, não tem cabeça, não tem amor à vida. Sabe? Os outros pensam que a gente toma 'liga' pra roubar, matar, pensam que é um laquê. Eu não me acho nada, apenas viciado, o povo é que acha que sou marginal... Ser viciado é não ter lugar no mundo... As pessoas (pausa) eu fico triste com isto, pensam que não tenho amor pela minha vida, que não gosto de mim mesmo, mas não é isso não, sabe? Você me entende, né? "(grifos nossos).

TÔTA, amargamente, diz:

"Já esperei muito, hoje não penso em futuro... Vivo apenas do momento, tudo que vier é lucro. Só penso agora em me 'ligar'. Não tenho nenhum plano pro futuro, mas, pra que? As pessoas não vão mesmo acreditar em mim! Minha mulher não acreditou, me deixou mesmo... O que espero mais da vida? Vou morrer disso... [grifos nossos].

Segundo GOFFMAN, a identidade é construída ao longo da trajetória de vida dos homens e através de seus traços

biográficos, pessoais, das categorias e atributos que os outros lhes conferem, dos sentimentos e representações que eles constroem, a respeito de si mesmos, na interação coletiva. A identidade social é histórica, na medida em que representa o entrecruzamento da biografia pessoal com a história dos grupos a que os indivíduos se vinculam em sua trajetória de vida, sejam eles a família, o trabalho, a classe. Nesse sentido, a identidade coletiva, intersecção entre o psicológico e o social, é resultante de um processo de socialização conflituosa.

É nesse momento que a questão da identidade desviante passa a ser considerada como categoria de acusação totalizadora que ataca, de forma radical, a identidade do acusado(dependente). A partir daí, cria-se o processo estigmatizador, o qual uma vez cristalizado, é confirmado por mecanismos específicos, porém, altamente arbitrários, de rotulação na identidade: pelos agentes de acusação (família, polícia e equipe terapêutica), e pelas relações sociais que os autores (acusados e acusadores) estabelecem cotidianamente. O estigma baseia-se, na verdade, num conjunto de imagens preconceituosas, que correspondem aos atributos conferidos aos dependentes e permeiam, tanto a ideologia institucional e legislativa quanto a consciência coletiva.

As categorias 'marginal', 'ladrão', 'traste', 'mendigo', 'doente' associam-se os atributos 'sujo', 'ocioso', 'agressivo', 'inafetivo', 'insensível' à vida e à morte', 'fatalista', 'desconfiado', sem 'projeto de vida'. Isto impede o dependente de desfrutar de uma aceitação social plena,

colocando-o na condição de um indivíduo desacreditável como pessoa.

Ao ser tratado como detentor da suposta identidade, o dependente determina o percurso a ser seguido, para que se confirme que é, de fato possuidor dessa identidade que lhe é atribuída. A maioria dos entrevistados não concorda com tais categorizações de sua identidade. A negação da identidade que lhe atribuem deve-se aos seus sentimentos em relação a si mesmo, que a contrariam. Assim se expressam, face à recusa em aceitar um desvio, a qual se manifesta em uma acusação ao acusador:

"As pessoas pensam que sou um marginal, um safado, mas eu sou um trabalhador. Meu único defeito é gostar de mim tomarar!"

"Se meu pai descolasse um 'trampo' (trabalho) para mim eu já teria deixado o vício. Eu deixava de tomar Algafer, voltava a estudar. Nem me alistar, ainda, fui, e já estou com 20 anos!"

Constroem seus projetos de vida - "Quero sê uma pessoa normal, sem 'broca', quero trabalhar para ajudar a minha irmã que me criou". Eu gostaria de criar meu filho, me regenerar da droga ou, pelo menos, deixar a 'liga' - embora a realidade cruel de seus corpos debilitados, já comprometidos com a droga, não permita que esses planos cheguem a se concretizar. Diante disso, criam uma maneira particular de ver o mundo, a sociedade e a eles próprios: um sistema de idéias, valores, através dos quais filtram sua vivência do mundo e que, ao mesmo tempo em que o explicam, fornecem os elementos emocionais e intelectuais que sustentam sua ação no cotidiano.

"Nós somos animais incompletos e inacabados que nos

completamos e acabamos através da cultura- não através da cultura geral, mas através de formas altamente particulares de cultura,[...] A grande capacidade de aprendizagem do homem, sua plasticidade, tem sido observada muitas vezes, mas o que é ainda mais crítico é a sua extrema dependência de uma espécie de aprendizado: atingir conceitos, a apreensão e aplicação de sistemas específicos de significado simbólico"(GEERTZ,1978:61).

Explicam sua situação de vida de forma contraditória, mas que se encaixa na lógica de suas relações sociais, percebidas empiricamente. Isto é, se não fossem perseguidos, estigmatizados, se tivessem uma boa família, se alguém os ajudasse, poderiam deixar a droga, estudar e trabalhar, para vencer na vida. Porém mais do que tudo, apontam seu oponente direto- a Polícia - como causador de seus males, em razão da perseguição que move contra eles.

A atribuição da identidade é, pois, um processo e permanente de localização interpessoal e social do indivíduo, e de aplicação de certas características e injunções, através das quais a pessoa é definida e colocada em determinadas posições, pelas atribuições a ela conferidas." (LAING,1963) A configuração dos sucessivos sistemas repressivos e assistenciais revela que o dependente da droga é situado numa área tangencial entre os espaços jurídico-médico e moral e, de maneira específica, como elemento inútil e perigoso. A passagem da transgressão para a ordem realiza-se pela instituição, cujos princípios totalizantes transformam-no em elemento social adequado.

Os dados da pesquisa revelam que, na prática, a identidade nascida em domínio legal, poluída pelo enclausuramento

(apreensão no "xadrez" da Delegacia), é colocada num mesmo círculo de categorias perigosas (traficantes). A constância na atribuição dessa identidade complementa-se com a funcionalidade permanente da segregação institucional: reprodução da ordem, unidade e lei. O indivíduo que vive drogado é inútil, constituindo uma ameaça para a ética do trabalho e um perigo para a paz social. Circunscrita a ameaça e confinado o elemento patológico em local isolado (DST e/ou clínicas psiquiátricas), anula-se o medo e preserva-se o corpo social. O dependente preenche, aqui, a função de suspeito (embora possa, realmente sê-lo, se for traficante). A instituição necessita de um contingente permanente de usuário de drogas. O dependente, por um lado, alimenta a funcionalidade do agente e do aparato institucionais, e, por outro,

"o corpo de suspeito é uma solução para as constantes pressões sofridas pela polícia, [que] deve, em certos momentos, adequar sua eficácia com a legalidade; e corresponde a uma representação coletiva do volume do crime" (MATZA, 1969:181-2)

A manutenção da ordem exige, também a do desvio: é aqui que intervém a instituição. É esta que deverá definir e manter constantes um certo volume de desvio e determinados tipos de desviantes. É ela que, em vez de proceder a um cerimonial de cura, cria e circunscreve o desvio, pela prevenção, apreensão e tratamento.

De que modo os sistemas governamental, assistencial e repressivo definem o desvio, delimitam-no e afirmam a ordem? Como se exprime sua autonomia relativa, ou seja, a circunscrição

do desvio? Isto é, como se concretizam seus respectivos mecanismos de passagem? Três círculos concêntricos situam e definem o desvio: a situação sócio-econômica residual (os dependentes são, na sua maioria, de baixa renda); a carência física e mental (desnutridos e psicologicamente deficitários); e o perigo moral de refração à norma (suspeito). Os agentes que presidirão os ritos de passagem vinculam-se ao aparelho repressivo do setor governamental (SSP e Polícia Militar), cuja dinâmica segue uma lógica única em relação à dependência de drogas. Efetivamente, 'outsider' da prática do trabalho assalariado, o dependente, como resíduo sócio-econômico, é um rebelde face ao código moral da classe dominante. E é, permanentemente, passível de ser apreendido pela instituição. (O conceito de *apreensão* designa, neste contexto, o processo de passagem compulsória para a instituição repressiva), e o dependente vem, então, a receber a marca completa do estigma (desajustado, perigoso marginal), pelo rito de passagem na instituição que, com o projeto de devolvê-lo à sociedade, como elemento integrado, regenerado, em conformidade ou diversidade aceitável, coloca-o em situação de ruptura e isola-o, conferindo-lhe todos os atributos de uma identidade inadequada e condenada.

E por intermédio da instituição repressiva que a atividade desviante é transformada, socialmente, em interdição (MATZA:160). O indivíduo apreende, assim, a autoridade, sustentando a ordem. O aprendizado do desvio completa-se: o indivíduo estende o sentido do desvio além do seu ato: ele existe na sua relação com a autoridade e passa a ver-se através dos olhos dela (MATZA, 1969; TURNER, 1974).

A instituição não se limita, porém, a esclarecer o desvio, mas cria um processo de institucionalização do mesmo. Além de tornar o dependente um ser à parte, que receberá tratamento especial, contribui para institucionalizar a prática da dependência, ao criar, no indivíduo, a necessidade de amparo assistencial (recuperação) e dependência do órgão detentor da legitimidade. Por outro lado, a instituição propicia, também, uma situação psíquica problemática e dividida: o eu do indivíduo torna-se um eu dividido, ambivalente. Entre a identidade social virtual (as demandas formuladas a respeito da pessoa), e a real (as categorias e atributos que, de fato, lhe pertencem), opera-se um processo de distanciamento. Desacreditado e desacreditável através do estigma, o indivíduo torna-se, ao mesmo tempo, um ser inferiorizado e evitado.

No marco da categoria dos desviantes, por sua vez, os "veteranos" (dependentes que já tiveram seu ritual de passagem), ensinam aos principiantes as normas, que se apresentam como os únicos meios de permitir uma sobrevivência adequada dentro da nova situação. O dependente efetua, na convivência cotidiana, o aprendizado do código-constituído pelos outros agentes da prática da dependência de droga - de manipulação social da sua condição e do estigma que lhe é inerente. De maneira concreta, é aquilo que BECKER chama de **aprendizado do desvio**. Para STOFFELS,

"tanto a atribuição do desvio quanto o ritual de passagem constituiriam um sistema simbólico de significações e oposições, contradições inerentes à sociedade global" (1977:109).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Menininho cheirando cola
surdo de tanto silêncio
mudo de puro espanto
cego não vê a hora
sobrevivi, mas este país me mata
lentamente.

Carlito Maia

Nestas considerações finais importa, sobretudo, destacar o que se julga ter conseguido com este estudo.

Levando-se em conta as restrições sofridas, o trabalho realizado constituiu-se numa tentativa, num primeiro esforço, de se analisar a questão do dependente da droga frente a um processo inequívoco e excludente que, ao invés de recuperá-lo, reproduz apenas o sistema vigente, estigmatizando-o como **outsider**.

O aparecimento e a evolução da legislação sobre drogas estão ligados às condições histórico-sociais e, também, à cultura que prevalece em um dado ambiente. A legislação atual, cujas linhas gerais traduzem uma moderna e avançada política legislativa, depende, para a sua aplicabilidade e conseqüente eficácia, de condições estruturais, que ainda não foram resolvidas. O que se verifica, na prática, é a inobservância de uma política legislativa de tóxico que assegure condições para o "tratamento de recuperação", individualizando, visando à reintegração social do dependente, o que, paradoxalmente, é o objetivo principal do Decreto-lei em vigor. Não existe correspondência entre a lei e sua implementação. De modo geral, a lei não se cumpre.

O tratamento dos dependentes de drogas, na forma disposta pela lei de tóxico atualmente em vigor, representa, de

concreto, um sensível avanço no campo da recuperação. Pena,entretanto, que a boa intenção do legislador tenha permanecido apenas na letra fria da lei.

Como já foi reiterado no capítulo IV, a operacionalidade do Decreto-lei n. 6.368, implementada pela Secretaria da Segurança Pública de Pernambuco, através da criação da Divisão de Serviços Técnicos e tendo seu funcionamento atrelado às atividades da Delegacia de Entorpecentes, invalida todo o processo. As atribuições da referida Delegacia revestem-se de conotação bipolar, em face dos dois tipos de clientela: traficante e usuário de drogas. De um lado, a manutenção da ordem pública, através da ação repressiva (eliminação do tráfico),e,do outro, o preenchimento de função assistencial (recuperação do usuário). As duas funções têm a finalidade global de garantir a ordem e a segurança. Para o dependente, essa bipolaridade é nitidamente nefasta. Desse modo, ao se tentar operacionalizar a lei, dentro desse esquema, ela contamina toda a vida do indivíduo acusado (dependente), atuando com uma **acusação totalizadora**.

Nesse processo, o dependente é apanhado e marcado como desviante com mudança drástica de identidade pública. Ele é identificado porque cometeu um ato impróprio. É rotulado e tratado de acordo com aquele adjetivo. Ele é,por definição, um **outsider**.

Após sua passagem pela Delegacia de Entorpecentes e sua Divisão de Serviços Técnicos,o dependente volta à sociedade marcado por um estigma irreversível: **experiente**, porque o

convívio, no 'xadrez', com outros dependentes mais experimentados, forneceu-lhe subsídios para aprimorar suas técnicas de ocultamento e, talvez, quem sabe, evitar a ação da justiça quando infringir outra regra; **revoltado**, porque sua detenção serviu para provar-lhe que a lei protege, tão somente, os mais abastados.

Todo este conjunto de circunstâncias, somado ao contato traumático com a entidade repressiva encarregada de "afastá-lo" do mundo da droga, cria uma teia de contradições que só complicam a conduta presente e futura dos dependentes. Se, por um lado, os instrumentos de estigmatização são o órgão repressivo (Delegacia de Entorpecentes) e o assistencial (Divisão de Serviços Técnicos), ambos de caráter oficial, por outro lado, é o aparelho legislativo que reforça, pela estigmatização legal, através de mecanismos coercitivos, as possibilidades de uma reintegração ao sistema sócio-cultural.

Portanto, a criação da Divisão de Serviços Técnicos (DST), como instância especializada no tratamento destinado à recuperação de farmacodependentes, em realidade não mudou o seu funcionamento, contrariando, aliás, a disposição legal expressa (Lei n.6.368). Assim sendo, a totalidade dos dependentes "apreendidos", sofre, prematuramente, os percalços de um encarceramento inócuo e degradante.

Durante as diversas etapas do processo de elaboração dos capítulos III e IV, sobreveio uma alegoria, que, ao nosso ver, representa, de forma pictórica, a questão central e

essencial que configura o núcleo da problemática estudada. Essa alegoria pretende relacionar as condições que permitem a identificação de elementos aparentemente muito díspares: produção de identidade desviante e espelho quebrado.

A imagem refletida em espelho plano apresenta-se no tamanho natural, direita e virtual. Reflete, com clareza, a integridade psíquica e, sobretudo, somática, do indivíduo que ainda não se encontra fisgado pela dependência de drogas.

À proporção que o indivíduo vai sendo influenciado pela "curiosidade", pelo desejo de "ter emoções mais fortes", "pela insistência dos amigos", "pela informação de que o 'Alga fan' 'liga' mais", "é bom", etc, ele é levado ao uso abusivo da droga e a dependência se instala. No espelho, as alterações começam a manifestar-se. Surgem as primeiras fissuras que, em breve, se multiplicam e se ampliam, assumindo grotescas formas de rachaduras: 'canos' esclerosados, 'brocas' cutâneas, distúrbios visuais.

Ecloce, finalmente, a fragmentação.

Ao fragmentar-se, dificilmente consegue-se resgatar o espelho, com suas características iniciais, sua superfície polida, onde se refletia uma imagem idêntica, perfeita, totalizante, do objeto. Resta-nos uma imagem borrada, distorcida, disforme e anômala.

O espelho quebrado não é apenas uma imagem de retórica na rotina de vida do dependente de Alga fan, mas, também,

e sobretudo, o cenário onde se constrói e cristaliza sua identidade desviante. Nesse cenário, os dependentes vivem e morrem exercendo sua prática e, ao mesmo tempo, sendo a ela subordinados. Produzem, também, a idealização de uma autonomia de vida que, em última instância, é a cristalização mesma da subordinação, na medida em que seus projetos de vida passam pela ajuda do outro; pelo **saber/poder**, enquanto prática social, daqueles que se lhes opõem no âmbito da estrutura sócio-econômica e cultural em que vivem. Seu espaço é orientado pela dinâmica estrutural da sociedade, matizado por conjunturas econômicas e políticas específicas, que tendem a estender ou restringir sua concepção de vida.

A identidade desviante não se construirá de uma única e definitiva vez, mas de forma dialética e contínua, fruto do processo de interação social com outros indivíduos. Há, assim, na categoria que escolhemos para o estudo, um processo de criação e recriação contínua de identidade desviante.

Para recolocar esta questão em termos mais rigorosos, diríamos que é o reconhecimento institucional, jurídico ou clínico, o que confere a uma determinada pessoa o **status** negativo dado pela condição de criminoso ou desviante. É este **status** que irá determinar sua detenção ou internação, sempre que o saber jurídico ou clínico que o institui julgar necessário retirá-lo do convívio social. Segundo GODELIER,

"em qualquer relação de poder, para que a dominação se processe continuamente, além da força do dominador, é necessário o consentimento do dominado" (Apud CARVALHO, 1981:192).

Abstraindo-se o fato de que o dependente de Algaífan, por nós analisado, enquanto filho das parcelas mais pauperizadas da cidade do Recife, tem sua origem na história e na dinâmica da sociedade capitalista, para o atual dependente, enquanto o indivíduo, antes de se tornar infrator, já pré-existe o papel social, o modelo construído pela legislação, pelo **saber científico** especializado e pelos meios de comunicação de massa. Assim é que o processo de constituição do **indivíduo desviante** é a gradativa transformação de seu modo de ser, através de determinadas vivências que funcionam como ritos de passagem, até ser encaixado e assumir esse papel social.

Nele, o dependente passa a viver num outro plano social, o da ilegalidade (**infrator da lei 6368**), numa relação de domínio e exploração, característica da **sociedade de classes**. Sendo essa relação baseada no **consentimento forçado**, por parte do dependente, a prática institucional imposta pela violência explícita e manifesta (detidos pelo órgão repressivo) é ineficaz. Porém, ao nível da reprodução das relações de dominação entre as classes sociais, ela é sumamente fecunda, na medida em que dá sustentação e reproduz a estigmatização dos dominados, apresentando-os como **desviantes anômalos**. Na maioria das vezes o dependente é mostrado como doente social, resistente, inclusive, aos esforços "humanitários e técnico-científicos" desenvolvidos para curá-lo, conforme enfatizou uma das terapeutas entrevistadas.

Nossa análise leva-nos, necessariamente, a uma posição crítica quanto ao que foi observado e vivido. Limitar-se

apenas a apontar as mazelas da Instituição e suas nocivas implicações é posição cômoda, fatalista e burocrata. Chegou o momento do cientista social passar da denúncia à ação. É necessário tentar empreender esforço decisivo na procura de alternativas. É chocante afirmarmos que, entre nós, o tratamento dos desviantes continuará, por muito tempo, a utilizar formas punitivas. Urge aprimorar os serviços terapêuticos que visam a estabelecer o processo reintegrativo do desviante, para que não se adicionem sofrimentos aos "já não-cidadãos".

Como lembra Gilberto VELHO, a fragilidade da noção de cidadania neste país explica-se, basicamente, através de um modelo hierarquizante, herança de nosso passado colonial, mas ainda predominante na sociedade brasileira, que, aliado à onipresença do Estado, determina os limites do indivíduo enquanto sujeito moral e político. Afirma VELHO:

"Embora na lei tenhamos, de modo geral, definidos direitos e liberdades extensivas a todos os membros da sociedade brasileira, na prática, temos cidadãos de primeira, de segunda e terceira classes e mesmo não-cidadãos, isto é, indivíduos sem voz, sem espaço e sem nenhum respaldo real nas instituições vigentes" (1981:146-7).

No contexto de nossa pesquisa, pode-se dizer com firmeza que, no caso dos dependentes de Algañan, estamos diante do não-cidadão por excelência: são homens e mulheres, em sua grande maioria negros, que fazem parte da massa de indivíduos que vivenciam, diariamente, arbitrariedades de contornos distintos e dramáticos, as quais estão presentes em suas vidas de forma patética e inexorável: a Polícia e o próprio aparato jurídico, ao darem tratamento diferenciado, mostram que o benefício da Lei

nem sempre pode ser usufruído por aqueles que nada possuem, o que ficou inequivocamente evidente no marco do nosso estudo. Enquanto durou a pesquisa, nenhum dependente de droga em geral (maconha, cocaína, heroína, ácido), de classe economicamente mais favorecida, foi apreendido, conduzido e submetido ao tratamento do Serviço Terapêutico da Secretaria da Segurança Pública de Pernambuco!

Na verdade, o que a Divisão de Serviços Técnicos realiza eficazmente, em todas as etapas do processo, é reforçar e estigmatizar para sempre os que por ela passam. E, na medida em que não se visualiza sua extinção em futuro próximo, urge que se lute para que suas influências tornem-se menos degradantes.

Se não é possível reconstruir o espelho quebrado, pode-se, pelo menos, resgatar uma imagem menos fragmentada.

Entretanto, o que este trabalho apontou não se restringiu a esses aspectos. Produziu-se, também, uma aprendizagem a respeito da necessidade do pesquisador, em determinadas circunstâncias, buscar caminhos metodológicos complementares que tornem possível uma compreensão mais clara do fenômeno investigado. Tal caminho, neste estudo, foi **conviver** com o dependente, no seu próprio ambiente, utilizando seu linguajar específico, como forma de ampliar o conhecimento acerca deles, resgatando o significado que atribuem à sua prática social.

Com isto queremos ratificar a interferência do

observador com o objeto de pesquisa. Não se trata de negar o envolvimento, mas de se tentar adquirir consciência dessa dimensão. Tendo-nos voltado para o estudo de um fenômeno na nossa própria sociedade, uma das dificuldades fundamentais relacionava-se a uma relativa familiaridade com o objeto. Por diversas vezes já havíamos mantido contato com pessoas e/ou equipes terapêuticas que tratavam da dependência de drogas. Se tal proximidade constituiu-se em ponto de partida da investigação, o trajeto percorrido, as novas significações devidadas, a possibilidade de trilhar esse caminho, levaram-nos ao encontro dessa familiaridade, tendo descoberto, então, um pouco de seu sentido. Começávamos a decifrar o momento que vivíamos, à medida que o vivíamos. Mas, para isso, foi preciso sentir a experiência radical de ter rompido nossa identidade. Angustiamos-nos com o relato dos dependentes, gostamos deles e, às vezes, os odiamos, tivemos momentos de tristeza, solidão, medo e desesperança. Acreditamos que esta seja a experiência crucial do trabalho antropológico: a possibilidade de descentramento, a descoberta de que a experiência é uma tênue fronteira que separa a diferença da identificação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DOS TEXTOS CONSULTADOS

ABERLE, D.F.

1960 The peyote religion among the navaho. Chicago, Aldine.

ADIALA, Julio Cesar

1985 Crime e Castigo-estudo sobre aspectos da criminalidade na República: A criminalização dos entorpecentes. Rio de Janeiro, Fundação Casa Rui Barbosa (mimeo).

AGUIAR, Neuma (org.)

1974 Hierarquias em classes. Rio de Janeiro, Zahar.

ALBUQUERQUE, J.A. Guilhon

1978 Metáfora da desordem: o contexto social da doença mental. Rio de Janeiro, Paz e Terra.

1980a Metáfora do poder. Rio de Janeiro, Achiamé/Socii.

1980b Instituição e poder. Rio de Janeiro, Graal.

ARNAD, Giancarlo

1980 A erva proibida. Trad. Maria C. M. Leite de Souza. São Paulo, Brasiliense.

ARQUIVOS do Ministério da Justiça

1979 Brasília, 36(151):1-112, Jul/set.

ARRUDA, Rinaldo Sergio Vieira

1983 Pequenos bandidos. São Paulo, Global.

BACELAR, Jeferson Afonso

1982 A família da prostituta. São Paulo, Ática.

BASTOS, F.O. & WEINTRAUB, M.S.

1975 Terapêutica das depressões: uma revisão atualizada. Revista de Psiquiatria Clínica. São Paulo, 4:157-171.

BASTIDE, Roger

1975 Sociologie des maladies mentales. Paris, Flammarion.

BASELGA, Eduardo

1972 **Los drogadictos.** Madrid, Guadarrama.

BARROS, J.M. de Aguiar

1979 A utilização político-ideológica da delinquência. In:
SILVEIRA, Ênio(org.) **Encontro com a Civilização
Brasileira.** Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.v.20
p.11-19.

BECKER, Howard S.

1963 **Outsiders: studies in the sociology of deviance.** New
York, The Free Press of Glencoe.

1966 **Outsiders.** Macmillan Co. The Free Press.

1977 **Uma teoria da ação coletiva.** Trad. Marcia Bandeira de
Mello Leite Nunes. Rio de Janeiro, Zahar.

BEÇA, Eugênia Turenko

1980 Associações medicamentosas em psicofarmacologia. **Jornal
Brasileiro de Psiquiatria.** Rio de Janeiro, 29(4):237-
244, jul./ago.

1981 A linguagem da desrazão: delírios versus realidade.
Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Rio de Janeiro,
30(3):261-270, maio/jun.

BELLANGER, J.L.

1963 **La stupéfiante histoire de la drogue dans le monde.**
Paris, VÉASE (Science, Information), Union Générale
d'Éditions.

BENEDICT, Ruth

1934 **Padrões de cultura.** Lisboa, Ed.Livros do Brasil.

BENNETT, Trevor

1986 **Légaliser l'abus des drogues: quelques implications.**

Deviance et Société. Genève, 10(2):193-197.

BERGER, Peter & LUCKMANN, T

1973 **A construção social da realidade.** 3ed. Trad. Floriano de Souza Fernandes. Petrópolis, Vozes.

BERLINGER, Giovani

1976 **Psiquiatria e poder.** Trad. Otho Faria. Belo Horizonte, Interlivros.

BERTRAND, M.A.

1986 Permanence des effets pervers et résistance au changement des lois sur les drogues. **Deviance et Société.** Genève, 10(2):177-191.

BISSIO, Beatriz

1984 Um poder transnacional. **Cadernos do Terceiro Mundo.** Rio de Janeiro, Ed. Terceiro Mundo, 7(67):24-53, jun.

BLAU, Peter

1974 Exchange and power in social life. Trad. Tullio Maranhão. In: AGUIAR, Neuma(org.). **Hierarquia em classes.** Rio de Janeiro, Zahar. cap.V

BLAYA, Marcelo

1966 A utilização de drogas no tratamento psiquiátrico. **Revista de Psiquiatria Dinâmica.** Porto Alegre, 6(1):1-26, mar.

BRUMANA, Fernando Giobellina

1983 **Antropologia dos sentidos: introdução às idéias de Marcel Mauss.** Trad. Júlio Assis Simões. São Paulo, Brasiliense.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues(org.)

1982 **Pesquisa participante.** 2ed. São Paulo, Brasiliense.

BODIN, F. & CHEINISSE, C.F.

1969 **Toxicologia práctica.** Madrid, Biblioteca para el Hombre Actual, Guadarrama.

BOLTANSKI, Luc

1979 **As classes sociais e o corpo.** 2ed. Trad.Regina R. Machado. Rio de Janeiro, Graal.

BOLETIM do Grupo de Pesquisa sobre Identidade Social

1983 **Anais do I Encontro Interdisciplinar sobre Identidade.** São Paulo, PUSCP.n.2,nov.

BORDINI, ELIANA B.T. & ABREU, Sergio F.A. de

1986 Estimava da reincidência criminal: variações segundo estratos ocupacionais e categorias criminais. **Temas IMESC. Soc.Dir.Saúde.** São Paulo, 2(1):11-29.

BORG, Gérard

1970 **Le voyage à la drogues.** Paris, le Seuil.

BOTT, Elisabeth

1976 **Família e rede social.** Trad. Mário Guerreiro. Rio de Janeiro, Francisco Alves.

BOTELHO, Adauto & FILHO, Pernambuco

1924 **Vícios sociais elegantes.** Rio de Janeiro, Liv.Alves.

BOUDON, Raymond

1979 **Efeitos perversos e ordem social.** Trad. Analucia T.Ribeiro. Rio de Janeiro, Zahar.

BURGET,D.E.Jr. & GREENE, M.N.

1962 Destropropoxyphene and the ventilatory response to carbon dioxide in man. **Journal Biology Medic.** 35:185-188.

BURROUGHS,William

1984 **O almoço nu.**São Paulo,Brasiliense,(Coleção de Letras 14).

CADERNOS DO CEAS.

1972 **Tóxicos. Cultura. Juventude. Contextação.** CEAS. Salvador. (17):1-43.

CAGLIOTTI,Carlos Norbert et alii

1976 **Glosario de palabras y expresiones en el lenguaje de los Jovens usuarios de drogas en la Argentina.**Buenos Aires,Centro Nacional e Reeducação Social CE.NA.RE.SO..
Cuadernos de trabajo. 2(13):15.

CAMARGO,Maria Soares de

1984 **Terapia penal e sociedade.**Campinas.Papirus.

CARMO,Caleb Elias do

1986 **Tóxicos: o que toda família precisa saber.**Rio de Janeiro.Junta de Educação Religiosa e Publicações.
(Série Educação em Saúde,3).

CARVALHO,Protásio de

1982 **Do êxtase a loucura(as drogas).** 2ed. Curitiba. O Formigueiro.

CARVALHO, Edgard de Assis(org.)

1981 **Godelier-Antropologia,** São Paulo, Ática.

CASHMAN, J.

1966 **The LSD story.** Fawcett Publications, Inc.

1980 **LSD.** 2ed.Tradução Miriam Schnaiderman. São Paulo.
Perspectiva.

CASTEL,Robert

1978 **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo.**Trad.Maria Thereza da Costa Albuquerque.Rio de

Janeiro, Graal.

CASTAÑEDA, Carlos

- 1971 **Uma estranha realidade** Trad. Luzia Machado da Costa. São Paulo, Circulo do Livro.
- 1972 **Viagem a Ixtlan** Trad. Luzia Machado da Costa. São Paulo, Circulo do Livro.
- 1977 **"A erva do diabo"**. Trad. Luzia Machado da Costa. Rio de Janeiro, Record.

CATÃO, Yolanda & FRAGOSO, Heleno Cláudio

- 1975 **Abuso de drogas na legislação penal brasileira**. Rio de Janeiro, Ed. "Liber Juris".

CAVALCANTE, Peregrina F. Capelo

- 1983 **Uma linguagem sem resposta-estudo de caso: o labirinto da doença mental nos hospitais psiquiátricos credenciados e contratados pela previdência social em Fortaleza**. Fortaleza, Universidade Federal do Ceará. Dissertação de Mestrado(mimeo).

CHAUI, Marilena

- 1980 **O que é ideologia**. São Paulo, Brasiliense (Col. Primeiros Passos, 13).

CHAPANMAN, J. E. & WALASZEK, E. J.

- 1962 Antagonismo of some toxic effects of destropropoxyphene by nalorphine. *Toxicology and Applied Pharmacology*, New York, Academic Press Inc, 4:752-758

CHAVREL, Jean

- 1983 **A ordem médica: poder e impotência do discurso médico**. Trad. Colégio Freudiano do Rio de Janeiro. São Paulo, Brasiliense.

CHENIAUX, Sonia

- 1986 **Trapaceados e trapaceiros: o menor de rua e o serviço social.** 2 ed. São Paulo, Cortez.

CHESSICK, Richard D.

- 1960 The pharmacogenic orgasm. The drug addict. *Archives of General Psychiatry*. Chicago, 3:545-556.

CIOTTI, Luigi & VACCARO, Gabriela

- 1986 **Pais, filhos, droga.** Trad. Yolanda Steidel Toledo. São Paulo, Paulinas.

CLINARD, Marshall B.

- 1963 **Sociology of deviant behavior.** New York, Holt, Rinehart and Winston.

- 1967 **Anomia y conducta desviada.** Buenos Aires, Paidós.

CLOWARD, Richard A. & OHLIN, Lloyd E.

- 1960 **Delinquency and opportunity: a theory of delinquent gangs.** New York, The Free Press.

CREMONESI, E & BAIRÃO, G. S.

- 1965 Hipnoanalgésicos. *Revista Brasileira Anestesiologia*. Rio de Janeiro, 15(3):309-331.

COHEN, Albert K.

- 1955 **Delinquent boys: the culture of the gang.** Glencoe. The Free Press.

- 1968 **Transgressão e controle.** São Paulo, Pioneira.

- 1968a A delinquência como subcultura. In: **Sociologia da Juventude II.** Rio de Janeiro, Zahar. p. 133-146.

COHEN, Albert K. & SHORT, James T. Jr.

- 1958 Research in delinquent subcultures. *Journal of Social Issues*. Ann Arbor. Michigan, 24:20-37.

COHEN, Sidney

- 1965 **Drugs of hallucination.** The uses and mesuses of Lysergic acid diethylamid. Londres, Secker and Warburg.
- 1965a **The beyond within.** New York, Atheneum.
- 1969 **The drugs dilemma.** New York, McGraw-Hill.
- 1972 **Historia del LSD. Cuadernos para el Diálogo.** Madrid.

COLLIER, H.O.

- 1968 **Supersensitivity and dependence on cocaine.** *Nature.* Londres, 220:1327-28.

CORBETT, Charles Edward

- 1966 **Elementos de farmacodinâmica.** 2ed. São Paulo, Artes Médicas.
- 1973 **Hipnóticos .In: GOODMAN & GILMAN. As bases farmacológicas da terapêutica.** Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan. cap. 14 p. 210-266.
Toxicomanias- aspectos gerais. cap. 17 p. 293-299.
- 1977 **Farmacodinâmica.** 5ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.

CORBETT, C.E. & LEITÃO, Fernando Bueno Pereira

- 1973 **Hipnoanalgésico.** In: GOODMAN & GILMAN. **As bases farmacológicas da terapêutica.** Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, cap. 16, p.267-292.

CORREIA, Maria Alice

- 1975 **O assistente social e o manejo do conflito.** Rio de Janeiro, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado.

CORREIA, Marisa

- 1983 **Morte em família: representações jurídicas de papéis sociais.** Rio de Janeiro, Graal.

COSTA, Ana Maria

- 1980 **Riqueza de pobre: um estudo em Antropologia da saúde.**
Salvador, FUSEB/CENDRHU, Dissertação de Mestrado.
(mimeo).

COSTIN, Frank

- 1978 **Psicologia do anormal.** São Paulo, Brasiliense.

COSTA E SILVA, Jorge Alberto

- 1982 **Drogas e juventude no mundo atual - aspectos socioculturais.** Rio de Janeiro, *Diálogo Médico*, 8(2):3-9

COELHO, Edmundo C.

- 1977 **Fixação e elaboração de papéis: uma contribuição à teoria.** *Revista Dados*. Rio de Janeiro, n. 14.

COELHO, Vera Penteado(org.)

- 1976 **Os alucinógenos e o mundo simbólico: o uso dos alucinógenos entre os índios da América do Sul.** São Paulo, EPU; EDUSP.

COOPER, David

- 1973 **Psiquiatria e antipsiquiatria.** Trad. Regina Schnaiderman. São Paulo, Perspectiva.

DA MATTA, Roberto

- 1973 **Ensaio de antropologia estrutural.** Petrópolis, Vozes.
1974 **O ofício do etnólogo ou como ter anthropological blues.**
Rio de Janeiro. Comunicação número 1. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Museu Nacional. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

DANTAS, Marcos

- 1983 **Medicina e poder - um roteiro para leitura de Foucault.**
Medicina, Cultura & Ciência. São Paulo, Associação

Médica Brasileira, (2):32-36, nov./dez.

DE ROPP, Robert S.

1963 Torture by the drug. In: DAN WAKEFIELD(ed). The addicts. Greenwich Conn:Fawcett.

1976 As drogas e a mente. 2ed. Trad. José Geraldo Vieira. São Paulo, IBRASA.

DELAY, J. & DENIKER, P.

1961 Méthodes chimiothérapiques en psychiatrie; les nouveaux médicaments psychotropes. Paris, Masson et Cie.

DELPHAUT, Jean

1963 Les hypnotiques. Coll. "Que Sais-je?". num. 1066.

DEMO, Pedro

1980 Metodologia científica em Ciências Sociais. São Paulo, Atlas.

DINITZ, D. & CLARKE (ed.)

1975 Deviance, studies in definition manegement and treatment. New York, Oxford University Press.

DOLMATOFF, Reichel G.

1976 O contexto cultural de um alucinógeno aborígene. In : COELHO, Vera P.(org.). Os alucinógenos e o mundo simbólico. São Paulo, EPU/EDUSP, p. 59-103.

DORNBUSH, Rhea L et alii

1976 Chronic Cannabis use. New York, The York Academy of Science.

DÓRIA, Rodrigues

1915 Os fumadores de maconha:efeitos e males do vicio. Memória apresentada ao Segundo Congresso Pan-Americano. Washington, dez.

DOUGLAS, Mary

1970 *Witchcraft, confessions & accusations.* Londres, Tavistock-Publications (Asa Monographs,9).

1976 *Pureza e perigo.* Trad. Mônica Siqueira Leite de Barros e Zilda Zakia Pinto. São Paulo, Perspectiva.

DUARTE, Carlos Edson

1980 *Toxicomanias.* *Jornal Brasileiro de Psiquiatria.* Rio de Janeiro, 29(6):397-404, nov./dez.

DURHAM, Eunice Ribeiro

1978 *A reconstituição da realidade.* São Paulo, Ática.

DURKHEIM, Emile

1973 *O suicídio.* Trad. Luz Gary, Margarida Garrido e J. Vasconcelos Esteves. Lisboa, Editorial Presença.

DURAND, Gilbert

1979 *A imaginação simbólica.* Trad. Maria de Fátima R. Freitas Mornas. Lisboa, Arcádia.

EDWARDS, G. & ARIF, Awni (org.)

1982 *Educação preventiva contra as drogas - um estudo da UNESCO.* *Correio da Unesco.* Rio de Janeiro, 10(3):4-34, mar.

EICHBAUM, Francisco & ZANINI, Antonio Carlos

1973 *Farmacologia clínica.* In: GOODMAN & GILMAN. *As bases farmacológicas da terapêutica.* Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, cap. 6 p. 46-53.

ELLIS HAVELOCK

1898 *Mescal: a new artificial paradise.* *Annual Report of the Smithsonian Institution.* Washington, p. 537-548.

EMEDIATO, Luiz Fernando

- 1985 **Geração abandonada.** 6 ed. São Paulo, EMW Editores.
- ERIKSON, Kai T.
- 1966 **Wayward puritans.** New York, John Wiley and Sons.
- EVANGELISTA, Maria Dora Ruy
- 1983 **Prisão aberta : a volta à sociedade.**São Paulo, Cortez.
- FERRETTI, Mundicarmo Maria Rocha
- 1983 **O conceito de ethos em Gregory Bateson.**São Luiz, SIOGE.
- FIDDLE, Seymour
- 1963 **The addict culture and movement into and out of hospitals.** U.S.G.P.O. Washington.
- FIGUEIRA, Sérvulo A.(org.)
- 1985 **Cultura da psicanálise.** São Paulo, Brasiliense.
- FONSECA, Alexandre Guerreiro
- 1986 **Tóxicos : o que são, o que causam, como evitá-los.**
3ed. São Paulo, Ed. Santuário.
- FORMIGA, Ronaldo da Costa
- 1981 **Família e individualismo: um contexto interdisciplinar.**Anuário Antropológico 81.Fortaleza UFC;Rio de Janeiro,Tempo Brasileiro. p.318-338.
- FONTANA, Alberto E. et alii
- 1969 **Psicoterapia com LSD e outros alucinógenos.** Trad. Jamil Almansur Haddad. São Paulo, Mestre Jou.
- FOUCAULT, Michel
- 1975 **Doença mental e psicologia.** Trad. Lilian Rose Shalders. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro.
- 1977 **Eu, Pierre Rivière...** 2ed. Trad. Denize Lezan de Almeida. Rio de Janeiro, Graal.
- 1978 **Vigiar e punir.** Trad. Ligia M. Pondé Vassallo.

Petrópolis, Vozes.

1978a **História da loucura.** Trad. José Teixeira Coelho Netto. São Paulo, Perspectiva.

1980 **O nascimento da clínica.** 2ed. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro, Forense-Universitária.

1982 **Microfísica do poder.** 3ed. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro, Graal.

FRASER, H. F.

1963 Drug addiction: R 3365 or ARC 1-D-21. **Bolletín Drug Addiction and Narcotics.** Addendum 2, p. 2.

FRASER, H. F. & ISBELL, H.

1960 Human pharmacology and addiction liability of dl-and d-propoxiphenes. **Bulletin Narcotic.** Genève, 12:9-14.

GAMA, Reynaldo C. C.

1930 **Da responsabilidade dos toxicomanos à luz da Psychiatria.** Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Tese de Doutorado.

GARCIA, J. Alves

1972 Aspectos sociais das toxicomanias. **Revista Brasileira de Medicina.** Rio de Janeiro, 29(8):395-402, ago.

GARCIA BARRIGA, Hermano

1958 **El yagé Caapi o Ayahuasca : un alucinogeno amazónico.** Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, (23):59-76.

GEERTZ, Clifford

1978 **A interpretação das culturas.** Trad. Fany Wrobel. Rio de Janeiro, Zahar.

GIDDENS, Anthony

1978 **As novas regras do método sociológico, uma crítica**

positiva das sociologias compreensivas. Rio de Janeiro,
Zahar(Biblioteca de Ciências Sociais).

GIESBRECHT, Antréa M. & OGA, Seize

- 1973 Fatores modificadores dos efeitos das drogas. In:
GOODMAN & GILMAN. *As bases farmacológicas da terapêutica*.
Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.

GODELIER, Maurice

- 1981 A parte ideal do real. In: CARVALHO, E. A. (org.)
Godelier-Antropologia. São Paulo, Ática, p. 192-197.

GOFFMAN, Erving

- 1974 *Manicômios, conventos e prisões*. Trad. Dante Moreira
Leite. São Paulo, Perspectiva.
- 1975 *A representação do eu na vida cotidiana*. Trad. Maria
Célia Santos Raposo. Petrópolis, Vozes.
- 1980 *Estigma-notas sobre a manipulação da identidade
deteriorada*. 3ed. Trad. Marcia Bandeira de Mello Leite
Nunes. Rio de Janeiro, Zahar.

GOODMAN, Louis & GILMAN, Alfred

- 1978 *As bases farmacológicas da terapêutica*. 5ed. Rio de
Janeiro, Ed. Guanabara Koogan.

GLATT, M. M.

- 1970 Historique du controle internacional des drogues. *The
Pharmaceutical Journal*. Resumo publicado em *Chonique
OMS*. Genève, 24(5):213-222, maio.
- 1971 What makes on addict? *Nursing Times*. London,
67(44):1382-6, nov.

GLAVIANO, V. & WANG, S.C.

- 1964 Locus of emetic action of morphine and hidergine in

dogs. Journal Pharmacological and Experimental
Therapeutics. Baltimore, p. 111-329.

GLEATON, Thomas J.

1984 Plano comunitário para a prevenção do abuso de drogas.
Trad. Guilherme Cesarino. P.R.I.D.E. National Parents'
Resource Institute for Drug Education. Atlanta.

GRANIER-DOYEUX, Marcel

1968 Del opio al LSD -la larga historia de los narcoticos.
In: El Correo da Unesco. UNESCO, 21:20, maio.

GUGGENBÜHL-GRAIG, Adolf

1979 O abuso do poder -na psicoterapia e na medicina,
serviço social, sacerdócio e magistério. Trad. Roberto
Gambini. Rio de Janeiro, Achiamé.

GUIMARAES, Alba Zaluar (org.)

1980 Desvendando máscaras sociais. 2ed. Rio de Janeiro,
Francisco Alves.

GUIMARAES, Alberto Passos

1981 As classes perigosas: banditismo urbano e rural. Rio de
Janeiro, Graal.

GUZ, Isac

1980 Aspectos clínicos da dependência às drogas. Jornal
Brasileiro de Psiquiatria. Instituto de Psiquiatria da
UFRJ . Rio de Janeiro, 29(6):361-364, nov./dez.

HALL , C.S.

1965 A primer of freudian psychology. The New American
Library.

HANUS, M.

1970 Drogues et drogués. Paris, Bordas.

- HAROWITZ, Irving Louis & LIEBOWITZ, Martin
- 1968 Social deviance and political marginality : toward a redefinition of the relation between sociology and politics. *Social Problems*. New York, 15:280-296.
- HENMAN, Anthony & PESSOA, Osvaldo (orgs.)
- 1986 Diamba Sarabamba. São Paulo, Ground.
- HOSSRI, Cesario Morey
- 1984 *Prática do treinamento autógeno & LSD*. 2ed. São Paulo, Martin Claret Ed.
- HULSMAN, L. VAN RANSBEEK, H.
- 1983 Evaluation critique de la politique des drogues. *Déviance et Société*. Genève, 7 (3):271-280.
- HUNT, Leon & ZINBERG, Norman E.
- 1976 *Heroine use: a new look, drug abuse council*. Washington.
- IBERICO, C.C.
- 1941 Ayahuasco. *Bol. Museo. List. Nat.* Janier Prado. Lima, 5:313-321.
- ISELL, H. & FRASER, H. F.
- 1950 Addiction to analgesics and barbiturates. *Pharmacological Review*. Baltimore, 2:355-397.
- ISELL, Harris
- 1955 Medical aspects of opiates addiction. *Bolletín of the New York Academy of Medicine*. New York, 31:886-902.
- JAFFE, J.H.
- 1974 *Drug abuse*. São Paulo. I Congresso Internacional sobre o uso de tóxicos pela juventude universitária.
- 1975 Drug addiction and drug abuse. In: GOODMAN & GILMAN. *The Pharmacological Basic of Therapeutics*. 5ed. New York,

Macmillan.

JAFFE, Jerome et alii

- 1981 **Tóxicos e outros vícios: problemas e soluções.** Trad.
Jamir Martins. São Paulo, Harper & Row do Brasil.

JUDSON, Horace F.

- 1975 **Heroine addiction.** New York, Vintage Books.

JUNQUEIRA, Lia

- 1986 **Abandonados.** São Paulo, ICONE Editora.

KALINA, Eduardo

- 1987 **Viver sem drogas.** Trad. Reinaldo Guarany. Rio de Janeiro,
Francisco Alves.

KALINA, Eduardo & KOVADLOFF, Santiago

- 1980 **Drogadição - indivíduo, família e sociedade.** 3ed. Trad.
Santiago Kovadloff. Rio de Janeiro, Francisco Alves.

KALINA, Eduardo et alii

- 1986 **Tratamento de adolescentes psicóticos.** Trad. Reinaldo
Guarany. Rio de Janeiro, Francisco Alves.

KAPLAN, John

- 1970 **Marihuana: the new prohibition.** New York, Pocket Books.
1975 **Intersection of Anthropology and law in the cannabis
area.** In: RUBIN, Vera (org.). **Cannabis and Culture.**
Mouton, The Hague-Paris.

KAPLAN, Abraham & LASSWELL, Hardd

- 1979 **Poder e sociedade.** Brasília, UNB.

KARDINER, Abram et al

- 1955 **Fronteras psicologicas de la sociedad.** Mexico, Fondo de
Cultura Económica.

KITSUSE, John

- 1967 Societal reations to deviant behavior: problems of theory and method. In: BECKER, H. The Other Side. The Free Press.

LAING, R.

- 1963 O eu dividido. Estudo sobre a loucura e a sanidade. Rio de Janeiro, Zahar.

LANGNESS, Lewis Leroy

- 1973 História de vida na ciência antropológica. Trad. Heloisa Previdello. São Paulo, EPU.

LAS DROGAS y el adolescente

- 1971 Cronica de la OMS. GENEVRA, 25(6):275-9, jun.

LAURIE, Peter

- 1970 Las drogas, aspectos médicos, psicológicos y sociales. 2ed. Madrid, Alianza.

LEBRUN, Gérard

- 1984 O que é poder. 6ed. Trad. Renato Janine Ribeiro. São Paulo, Brasiliense (Coleção Primeiros Passos, 24).

LEARY, Timothy et alii

- 1964 The psychedelic experience. New York, University Books

LEITE, José Alfredo A.

- 1978 Metodologia de elaboração de teses. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil.

LEMGRUBER, Julita

- 1983 Cemitério dos vivos. Rio de Janeiro, Achiamé.

- 1987 A face oculta da ação policial. Ciência Hoje. São Paulo 5(28):24-26, jan./fev.

LEWIN, Louis

- 1931 Phantastica-narcotic and stimulating drug. New York,

E.P. Dutton & Co.

LINDESMITH, A.

- 1973 Psychology of addiction. In: CLARK, W.G. & J. del GIUDICE (org.). Principles of Psychopharmacology. New York Academic Press.

LINDEN, M. & MANS, M.

- 1980 Psicofarmacologia para psicólogos. Trad. Oskar H. J. Bhohm. São Paulo, EPU.

LOGRE, B. J.

- 1924 Les toxicomanies. Stock.

LOMBROSO, César

- 1876 L'Uomo Delinquente. Milão.

LOPES, J. Leme

- 1979 Mudança da psicopatologia das psicoses sob a ação dos neurolepticos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Rio de Janeiro, 28(1-4):1-6.

LOURIA, D. B.

- 1968 The drug scene. New York, McGraw-Hill.

LUCENA, José

- 1935 Os fumadores de maconha em Pernambuco. *Revista Med. Pernambuco*. Recife, 5:355-467.

LUZ, Cléo Santana L.

- 1973 Aspectos psicodinâmicos das toxicomanias. *Boletim de Psiquiatria*. São Paulo, 6(2):35-40, jun.

MACHADO, Roberto et alii

- 1978 Danção da norma - medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro, Graal.

MACHADO, Lia Z.

- 1982 Sobre a loucura : falas e silêncios. **Anuário Antropológico 80**. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro.

MADALENA, J. Caruso

- 1971 O comportamento toxicomaniaco ou dependente. **Revista de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, 19:1.

MALINOWSKI, Bronislaw

- 1922 **Argonauts of western pacific**. London, Routledge and Kegan Paul.
- 1978 Argonautas do pacífico ocidental. 2ed. Trad. Ligia A. Gardieri Mendonça e Anton P. Carr. In: **Os pensadores**. São Paulo, Abril Cultural.

MARIZ, Alceu

- 1972 Toxicomanias no Brasil e no mundo. **Revista Brasileira de Medicina**. Rio de Janeiro, 29(9):496-8, set.

MARIA SABINA (org.)

- 1986 **Maconha em debate**. 2ed. São Paulo, Brasiliense.

MARSH, B. Ray

- 1961 The cicle of abstinence and relapse among heroin addicts. **Social Problems**. New York, 9:132-40.

MARTINS, Joel & DELANI, M.A.A.

- 1979 **Subsídio para redação de tese de mestrado e de doutoramento**. 2ed. São Paulo, Cortez & Moraes.

MATZA, David

- 1964 **Delinquency and drift**. New York, Wiley.
- 1968 As tradições ocultas da juventude. Trad. Esperança Lourdes de Franco Neto. In: **Sociologia da juventude III**. Rio de Janeiro, Zahar . p.81-106.

1969 *Becoming deviant*. Englewood Cliffs, New Jersey ,
Prentice-Hall Inc.

MEAD, Margaret

1935 *Sex and temperament in the primitive societies*. New York,
William Morrow.

1969 *Sexo e temperamento*. Trad. Rosa Krausz . São Paulo,
Perspectiva.

MEDICI, Sérgio de Oliveira

1977 *Tóxicos -comentários à Lei 6.368 de 21 de outubro de
1976*. São Paulo, Jalovi.

MENNA BARRETO, J.D.L.

1971 *O desafio das drogas e o direito*. Rio de
Janeiro, Ed. Renes.

1976 *Estudo geral da nova lei de tóxico*. Rio de Janeiro, Ed. Rio

1979 *Tóxico e crime*. *Arquivos*. Brasília, 36(151):25-28,
jul./set.

MENNA BARRETO, J.D.L. & ANDRADE, Oswaldo

1979 *Aspectos médico-forense das dependências*. *Revista de
Psiquiatria*. Rio de Janeiro, 211-226, dez.

METRAUX, Alfred

1928 *La religion des Tupinamba et ses rapports avec celle
des autres tribus Tupi Guarani*. Bibliothèque de l'école
des hautes études. XLV . Paris, Librairie Ernest
Leroux.

1979 *A religião dos tupinambás*. Trad. Estevão Pinto . São
Paulo, Brasiliana.

MERTON, Robert King

1970 *Sociologia, teoria e estrutura*. Trad. Miguel Maillat.

São Paulo, Mestre Jou.

MILLS, C. Wright

1965 **Poder e política.** Trad. Waltensir Dutra. Rio de Janeiro, Zahar.

1975 **A elite do poder.** 3ed. Trad. Waltensir Dutra. Rio de Janeiro, Zahar.

MINISTÉRIO da Justiça

1976 **Lei n.6.368 de 21 de outubro de 1976 e Decreto n.78.992 de 21 dezembro de 1976.** Brasília. Departamento de Polícia Federal. Divisão de Repressão a Entorpecentes.

1983 **Manual de polícia de repressão a entorpecentes.** Brasília.

MIRA Y LOPEZ E.

s.d. **Psiquiatria.** Buenos Aires, Libreria el Ateneo Editorial, tomo I e II.

MIRANDA ROSA, F. A.

1982 **Poder, direito e sociedade.** Rio de Janeiro, Zahar.

MONTERO, Paula

1986 **O normal e o patológico.** Temas IMESC. Soc. Dir.Saúde. São Paulo, 3(2):151-158.

MORAIS, J.F. Regis de (org.)

1978 **Construção social da enfermidade.** São Paulo, Cortez & Moraes.

MORUMBI, Instituto Social

1971 **Entorpecentes - estudos sobre tóxicos e toxicomanias.** São Paulo, Loyola.

MOTTA, Dilson & MISSE, Michel

1979 **Crime : o social pela culatra.** Rio de Janeiro, Achiamé/Socii.

MDURA, Roberto Silveira Pinto de

- 1978 Toxicomanias - a sociedade no tribunal. In: MORAIS, J. F. Regis de (org.) *Construção social da enfermidade*. São Paulo, Cortez & Moraes. p.109-138.

MURAD, José Elias

- 1977 Potentiating of barbiturates on the stimulating effects of amphetamines upon mice. *Braz.J. Biol. Med. Res.* . São Paulo, 4(6):429-37.
- 1979 Drug abuse among the students in the state of Minas Gerais. *Bulletin Narcotics*. Genève, 31(1):34-46.
- 1982 O que se deve saber sobre os psicotrópicos. A viagem sem bilhete de volta. 2ed. Rio de Janeiro, Guanabara Dois.
- 1983 Epidemiologia do abuso de drogas em Belo Horizonte. *Revista de Farmácia e Bloquímica*. Belo Horizonte, 5(1):21-30.
- 1985 Education and prevention of drug abuse in the developing countries. *Revista de Farmácia e Bloquímica*. Belo Horizonte, 6:63-74.
- 1985a Como enfrentar o abuso de drogas. 3ed. Belo Horizonte, Edição do Autor.

NACE, E. P. et alii

- 1975 Usuário viciados e não viciados em drogas - uma comparação dos padrões de uso de drogas. *Archives General Psychiatry*. Chicago, 32:77-80.

NÁGERA, Don Juan Antonio Vallejo

- s.d. *Tratado de psiquiatria*. 3ed. Buenos Aires, Salvat ed.
- 1976 *Introducción a la psiquiatria*. 8ed. Barcelona, Editorial Científico-Médica.

NARANJO, Claudio

- 1965 Psychological aspects of yagé experience in an experimental setting. Trabalho apresentado no 64 Encontro anual da American Anthropological Association, Denver (mimeo).

NARANJO, Plutarco

- 1958 Drogas psicotomiméticas. Archives de Criminología, Neuropsiquiatria y disciplinas conexas. Segunda época. Quito, 6(23):358-379.
- 1969 Etnofarmacologia de las plantas psicotropicas de America. Terapia. Revista de Informação Médica. Laboratórios Life. Quito, 24(1):5-62.

NEVES, Luiz Felipe Baêta

- 1979 O paradoxo do coringa e o jogo do poder & saber. Rio de Janeiro, Achiamé.

NOWLIS, Helen

- 1975 La drogue démythifiée. Paris, Les Press de l'Unesco.

NUNES, Edson de Oliveira (org.)

- 1978 A aventura sociológica (objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social). Rio de Janeiro, Zahar.

NUNES, Everardo Duarte (org.)

- 1983 Medicina social : aspectos históricos e teóricos. São Paulo, Global (Textos:3).

O'BRIEN, C. P. et alii

- 1977 Conditioned narcotic withdrawal in humans. Science. Washington, 195:1000-1002.

OGA, Seize et alii

- 1973 Interferência do fenobarbital no efeito analgésico de propoxifeno, hidroxizina e acetaminofen. **Revista Brasileira de Clínica Terapêutica**. São Paulo, 2:209-212.

OLIEVENSTEIN, Claude

- 1980 **A droga**. Trad. Marina Camargo Celidômio. São Paulo, Brasiliense.
- 1985 **Destino do toxicômano**. Trad. Marie Dominique Grandy. São Paulo, ALMED.

OLIVEIRA, Luciano

- 1984 **Sua excelência o comissário**. Recife, PIMES/UFPE. Dissertação de Mestrado.(mimeo).

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde

- 1956 **Série des Rapports Techniques**. num . 102. Genebra.
- 1959 **Série des Rapports Techniques**. num . 160. Genebra.
- 1964 **Série des Rapports Techniques**. num . 273 . Genebra.
- 1966 **Série des Rapports Techniques**. num . 343 . Genebra.

PARSONS, Talcott

- 1951 **The social system**. Glencoe, Illinois, The Free Press.
- 1974 **O sistema das sociedades modernas**. Trad. Dante Moreira Leite. São Paulo, Pioneira.

PEIXOTO, Afranio

- 1916 **Psico-patologia forense**. Rio de Janeiro, Francisco Alves.

PÉLICIER, Yves & THUILLIER, Guy

- 1975 **La droga**. Barcelona , Oikos-tau Ediciones.

PEREIRA, Jaime Regallo

- 1944 **Contribuição para o estudo das plantas alucinatórias, particularmente da maconha (Cannabis sativa L.)** [s.n.t.]

PERELBERG, Rosine Jose?

1975 O parecer psiquiátrico : um caso de desvio . **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** . Instituto de Psiquiatria da UFRJ . Rio de Janeiro, 24(3):385-400, jul./set.

1979 **As fronteiras do silêncio**. Rio de Janeiro, Achiamé.

PERT, C. B. & SNYDER, S. H.

1973 Opiate receptor : demonstration in nervous tissue. **Science**. Washington, 179:1001-1014.

PERRUCCI, Maud F. A.

1979 **Crime & castigo - um estudo de sociologia do Direito Penal executivo de criminalidade feminina e de prisão no Nordeste**. Recife, Faculdade de Direito do Recife - UFPE
Dissertação de Mestrado. (mimeo).

PICHON, G.

1890 **Le morphinism**. Paris, Doin.

PINHEIRO, Paulo Sérgio (org.)

1983 **Crime, violência e poder**. São Paulo, Brasiliense.

PINTO, Estevão

1956 **Etnologia brasileira**. São Paulo, Ed. Nacional.

POROT, Antoine

1945 **Les toxicomanies:etudes médico-sociales**. Angel, Ferraris.

1953 **Les toxicomanies**. Coll. "Que Sais-Je?" n. 586.

QUEIROZ, José J. (org.)

1984 **O mundo do menor infrator**. São Paulo, Cortez: Autores Associados.

RAMOS, Arthur

1937 **Loucura e crime**. Porto Alegre, Globo.

REICHEL- DOLMATOFF, G.

1960 Notas etnográficas sobre los indios del Chocó. Revista Colombiana de Antropologia. Bogotá, 9:75-158.

1967 Rock paintings of the Vaupés : an essay of interpretation. Folklore Americas. Los Angeles, 27(2): 107-113.

1968 Notas sobre la dimensión cultural del uso del yagé (Banisteriopsis caapi) entre los indios del Vaupés. V Congresso Interamericano de Psiquiatria, Bogotá.

REY, Pierre

1985 Como deixar a droga. Trad. Emanuel Lourenço Godinho. Lisboa, Publicações Dom Quixote.

RICO, J.

1984 Las legislaciones sobre drogas : origem, evolucion, significado y replanteamiento. Communication présentée au XXXVe Cour International de criminologie: alcool, drogues et criminalité. Quito.

REISMAN, David

1971 A multidão solitária. Trad. Sergio Micelli e Mauro W. Barboza de Almeida. São Paulo, Perspectiva.

RILEY, Matilda W. & NELSON, Edward

1976 A observação sociológica : uma estratégia para um novo conhecimento social . Trad. Luiz Fernando Dias Duarte. Rio de Janeiro, Zahar.

ROCHA, Paulo

1980 Os agentes da morte : fumo, alcool e tóxico. Porto Alegre, Metropole:Rigel.

ROCHA LIMA, Janirza Cavalcante da et alii

1980 Toxicomanias no Grande Recife. Recife, Secretaria da

Segurança Pública de Pernambuco. (mimeo).

RODRIGUES, José Carlos

1983 **Tabu do corpo.** 3ed. Rio de Janeiro, Achiamé.

RODRIGUES, Nina

1939 **As coletividades anormais.** Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.

ROMA, Paulo

1980 **Repressão aos tóxicos.** Rio de Janeiro, Ed. Trabalhistas.

ROUHIER, Alexandre

1926 **La plante qui fait les yeux émerveillés : le peyoth.** Paris, Doin et Cie.

1927 **Les plantes divinatoires.** Paris, Doin.

ROXD, Henrique

1928 **Manual de psiquiatria.** (s.n.t.).

RUBIN, Vera (org.)

1975 **Cannabis and culture.** Mouton, The Hague-Paris.

RUSSELL, Bertrand

1979 **O poder uma nova análise social.** Trad. Natanael C. Caixeiro. Rio de Janeiro, Zahar.

SALEN, Tania

1980 **O velho e o novo : estudo de papéis e conflitos familiares.** Petrópolis, Vozes.

SALVADOR, Angelo Domingues frei

1978 **Métodos e técnicas de pesquisa bibliográfica, elaboração e relatórios de estudos científicos.** 7ed. Porto Alegre, Sulina.

SAMPAIO, Daniel et alii

1978 **Droga, pais e filhos.** Lisboa, Bertrand.

SANCHEZ, Amauri M. Tonucci et alii

- 1982 **Drogas e drogados: o indivíduo, a família, a sociedade.** São Paulo, EPU.

SANTOS, Carlos Eduardo Carvalho dos

- 1983 **Um estigma cultural.** Recife, Campanha de Integração Social da Hanseníase.

SANTOS, Osmar

- 1981 **Um grito de alerta.** 3ed. Rio de Janeiro, Ed.Eu e Você.

SARSUR NETO, J. M. & LISBOA, Sheila M.

- 1983 **Alguns métodos práticos para o estudo de narcóticos e psicóticos em animais de laboratório.** Belo Horizonte(mimeo).

SCHNEIDER, Leda

- 1982 **Marginalidade e delinquência juvenil.** São Paulo,Cortez.

SCHARADER, Achim

- 1974 **Introdução à pesquisa social empírica.**Porto Alegre , Globo.

SCHWARTZ, Morris S. & SCHWARTZ, Charlotte G.

- 1955 **Problems in participant observation.** *American Journal of Sociology*. Illinois, 60(4):343-353, Jan.

SCHULTES, Richard Evans

- 1939 **The identification of teonanácatl a narcotic basidiomycete of the aztecs.** *Botanical Museum Leaflets*. Cambridge, 7:37-56.

- 1941 **A contribution to our knowledge of Rivea corymbosa . The narcotic ololiuqui of the aztecs.** *Botanical Museum of Harvard University*. Cambridge.

- 1957 **The identity of the malpighiaceae narcotics of South**

America. Botanical Museum Leaflets. Cambridge, Harvard University, 18:1-56.

1963 Hallucinogenic plants of the New World. The Harvard Review. Cambridge, 1(4):18-32.

1963a Botanic sources of the New World narcotics. Psychedelic Review. New York, 1(2):145-166.

SENISE, Nelson

1981 Medicina e impunidade: memórias do cotidiano. Rio de Janeiro, Record.

SEITZ, George J.

1976 Os waika e suas drogas In: COELHO, Vera P.(org.) Os alucinógenos e o mundo simbólico. São Paulo, EPU/EDUSP. p. 105-133.

SHAW, Clifford R.

1948 Delinquência juvenil e desorganização social. In: PIERSON, Donald(org.) Estudos de ecologia humana. São Paulo, Liv. Martins. cap. XXIV, p. 383-388.

1968 The jack-roller: a delinquent boy's own story. 6ed. Chicago/London, The University of Chicago Press.

SHONLE, R.

1925 Peyote: the giver of vision. American Anthropologist. Washington, 27:53.

SHEPHERD, Clóvis R.

1969 Pequenos grupos : perspectivas sociológicas. Trad. Auriphebo Simões. São Paulo, Atlas.

SILVA, Jorge Medeiros da

1979 Tóxicos: o que os pais devem saber. 6ed. São Paulo, Paulinas.

SILVA, Ederaldo Alves da

1979 **Tóxicos**. São Paulo, Bushatski.

SILVA, Jorge Adelino Rodrigues da

1979 Introdução à psiquiatria forense I. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, 28(1-4):1316.

SKINER, B.F.

1967 **Ciências e comportamento humano**. Trad. João Cláudio Todorov e Rodolfo Axxi. Brasília, UNB.

SOARES, Simone Simões Ferreira

1980 **Enlouquecer para sobreviver - manipulação de uma identidade estigmatizada como estratégia de sobrevivência**. Brasília, UNB. Dissertação de Mestrado(mimeo).

SOLLERO, Lauro

1979 **Farmacodependência**. Rio de Janeiro, Agir.

SDENREICH, Carol

1982 **Maconha na clínica psiquiátrica**. São Paulo, Manole Ed.

SOROKIN, Pitirin A.

1959 **Social and cultural mobility**. New York, Free Press.

SPRUCE, Richard

1908 **Notes of a botanist in the Amazon and the andes**. Macmillan Londres, Ed. Alfred Russel Wallace, 2v.

STONEQUIST, Everett V.

1948 **O homem marginal (estudo de personalidade e conflito social)**. São Paulo, Liv. Martins.

STOFFELS, Marie-Ghislaine

1977 **Os mendigos na cidade de São Paulo: ensaios de interpretação sociológica**. Rio de Janeiro, Paz e Terra.

SUTHERLAND, Edwin H.

1949 **White collar criminality**. New York, Dryden.

SUTHERLAND, E. H & CRESSEY, D. R.

1970 **Criminology**. 8ed. Filadélfia, Lippincott.

SZASZ, Thomas et alii

1979 **Psicologia del drogadicto**. 2ed. Buenos Aires, Editorial Rodolfo Alonso.

SZASZ, Thomas S.

1970 **Ideology and insanity**. Garden City, New York, Doubleday Anchor.

1978 **A fabricação da loucura- um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de saúde mental**. 3ed. Trad. Dante Moreira Leite. Rio de Janeiro, Zahar.

1979 **O mito da doença mental**. 2ed. Trad. Irley Franco e Carlos Roberto Oliveira. Rio de Janeiro, Zahar.

1986 **A escravidão psiquiátrica**. Trad. José Luiz Meurer. Rio de Janeiro, Nova Fronteira.

THIOLLENT, Michel

1980 **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. São Paulo, Polis (Coleção Teoria e História).

TURNER, Victor

1974 **O processo ritual: estrutura e anti-estrutura**. Trad. Nancy Campi de Castro. Petrópolis, Vozes.

VALENTE, Waldemar de Figueiredo

1954 **Indices cranianos**. Recife, Faculdade de Filosofia.

VAN GENNEP, Arnold

1960 **The rites of passage**. Chicago, University of Chicago Press.

- 1977 Os ritos de passagem. Trad. Mariano Ferreira.
Petrópolis. Vozes.

VARENNE, G.

- 1973 El abuso de las drogas. Madrid, Guadarrama.

VELHO, Gilberto Alves

- 1971 Estigma e comportamento desviante em Copacabana. América Latina. Rio de Janeiro, 14(1,2):3-9, jan.
- 1973 A utopia urbana. 4ed. Rio de Janeiro, Zahar.
- 1975 Nobres e anjos - um estudo de tóxico e hierarquia. São Paulo, USP. Tese de Doutorado.(mimeo).
- 1976 Accusations, family mobility and deviant behavior. Social Problems. New York, 23(3):268-75, fev.
- 1978 Acusações : projeto familiar e comportamento desviante. Boletim do Museu Nacional. Antropologia. Rio de Janeiro, n. 28, jun.(nova série).
- 1978a Observando o familiar. In: NUNES, Edson (org.) A aventura sociológica. Rio de Janeiro, Zahar. 36-46.
- 1978b Duas categorias de acusação na cultura brasileira contemporânea. In: FIGUEIRA, Sérvulo. Sociedade e doença mental. Rio de Janeiro, Campus .p. 37-45.
- 1979 Projeto, emoção e orientação em sociedades complexas. Boletim do Museu Nacional. Antropologia, Rio de Janeiro, 31:1-25, jan.(nova série).
- 1980 Uma perspectiva antropológica do uso de drogas. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Rio de Janeiro, 29(6):355-358, nov./dez.
- 1980a O desafio da cidade :novas perspectivas da antropologia brasileira. Rio de Janeiro, Campus.

- 1981 Desvio e divergência-uma crítica da patologia social.
4ed. Rio de Janeiro, Zahar.
- 1981a Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da
sociedade contemporânea. Rio de Janeiro, Zahar.
- 1982 Literatura e desvio: questões para a antropologia.
In:VOGT, Carlos et alii. Caminhos cruzados. São
Paulo, Brasiliense.
- 1983 Individualismo e desmapeamento: antropologia e
psicanálise. Anuário Antropológico 81. Fortaleza UFC; Rio
de Janeiro, Tempo Brasileiro. P.312-317.
- 1986 O consumo da Cannabis e suas representações culturais.
In: SABINA, Maria (org.) Maconha em debate. 2ed. São
Paulo, Brasiliense.p.39-47.

VELHO, Yvonne Maggie Alves

- 1977 Guerra de orixá -um estudo de ritual e conflito. 2ed.
Rio de Janeiro, Zahar.

VERSIANI, Márcio

- 1979 A importância da epidemiologia psiquiátrica para a
promoção da saúde mental. Revista de Psiquiatria. Rio de
Janeiro, 12(34):227-233, dez.
- 1980 Incongruência na atual abordagem do abuso de drogas.
Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Instituto de
Psiquiatria da UFRJ, Rio de Janeiro, 29(6):379-383,
nov./dez.

VIOLANTE, Maria Lucia Vieira

- 1983 O dilema do decente malandro. São Paulo, Cortez: Autores
Associados.

VOGT, Carlos et alii

1982 Caminhos cruzados. São Paulo, Brasiliense.

WAY, E. L. & ADLER, Terrine K.

1960 The pharmacologic implications of the fate of morphine and its surrogates. Pharmacological Review. Baltimore , 12:383-446.

1962 The biological disposition of morphine and its surrogates. OMS, Genebra.

WASSEN, S. Henry

1967 Anthropological survey of the use of South American Snuffs. Ethnopharmacologic Search for Psychoactive Drugs. 233-289. Workshop Series of Pharmacology, N.I.M.H. n.2. Washington.

1969 Hallucinogens of plant origin . Science. Washington , 163:245-254.

WEISSMAN, M. et alii

1976 Clinical depression among narcotic addicts maintained on methadone in the community. American Journal of Psychiatry. Washington, 133:1434-1438.

WEINTRAUB, Mauro Salomão & ZANINI, Antonio Carlos

1973 Psicofarmacologia. In: GOODMAN & GILMAN. As bases farmacológicas da terapêutica. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan . cap. 13 p. 172-208.

Toxicomanias -aspectos especiais. cap. 17 p.299-317.

WEINTRAUB, Mauro S.

1983 Sonhos e sombras: a realidade da maconha. São Paulo, Harper and Row do Brasil.

WEREBE, Samuel

1980 Toxicomania como uma das formas de marginalização de

Jovens em nossa sociedade. *Ciência e Cultura*. Rio de Janeiro, 33(3):319-324.

WILLIAMS, J. B. (ed.)

1967 *Narcotic and hallucinogenic*. The Glencoe Press. Beverly Hills, Califórnia.

ZANINI, A. C. et alii

1974 Conceito e uso de drogas psicoativas entre universitários na região de São Paulo. In: CONGRESSO Internacional sobre o uso de tóxico pela juventude universitária, 1, São Paulo, Anais.

2. DE OUTROS TEXTOS SOBRE O ASSUNTO.

BABOR, T. F. et alii

1975 Marihuana consumption and tolerance to physiological and subjective effects. *Archives General Psychiatric*. Chicago, 32:1548-1552.

BARBEE, Evelyn L.

1971 Marihuana: a social problem. *Perspectives in Psychiatric Care*. Hillsdale, 9(5):195-199, sep./oct.

BARTH, Fredrik

1970 *Ethnic group boundaries, the social organization of culture difference*. Bergen-Oslo; Universitets Forlaget e Londres: George Allen and Unwin.

BAUDELAIRE, P. Charles

1860 *Les paradis artificiels*. Paris, Poulet-Malassis.

BECK, L. et alii

- 1975 Childhood chemotherapy and later drug abuse and growth curve: a follow-up study of 30 adolescents. *American Journal of Psychiatry*. Washington, 132:436-38.

BERENSTEIN, I.

- 1978 *Familia y enfermedad mental*. Buenos Aires, Paidós.

BLACHLY, Paul H.

- 1976 Effects of descriminalization of marihuana in Oregon. In: DORNBUSH, R.L. (org.). *Chronic Cannabis use*. New York, The York Academy of Science.

BLACKBURN, I. M.

- 1975 Mental and psychomotor speed in depression and mania. *British Journal Psychiatry*. Ashford, London 126:239-335.

BONTEMPO, Márcio

- 1980 *Estudos atuais sobre os efeitos da cannabis sativa(maconha)*. 2ed. Rio de Janeiro, Ground/Global.

BORDUA, D. J.

- 1980 Recent trends:deviant behavior and social control. In: BERSANI, C.(ed.) *Crime and delinquency : a reader*. London, MacMillan,p. 453-68.

BORINSON, H. L. A & WANG, S. C.

- 1952 A new concept of organization of the central emetic mechanism. *Gastroenterology*. Los Angeles, 1:22.

BOSTON Collaborative Drug Surveillance Program

- 1973 Decreased clinical efficacy of propoxiphene in cigarette smokers. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*. St. Louis, 14:259-263.

BOTTCHER, Helmuth M.

- 1969 Enigmas de las drogas maravilhosas. Trad. Maria Rosa Sonfeliu. Barcelona, Daimon.

BRAU, Jean Louis

- 1970 Historia de la drogas. Trad. José M. Claramunda Bess. Barcelona, Bruguera.

BRUNSWICH, Egon

- 1956 Perception and the representative designs of psychological experiments. 2ed. Berkeley, University of California Press.

BUENO, Orlando F. A.

- 1976 Dissociação de aprendizagem e discriminação de drogas. São Paulo, Ciência e Cultura. 28(3):271-283, mar.

CARLINI, E. A.

- 1980 Fungos alucinogênicos e a Cannabis sativa. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Rio de Janeiro, 29(6):365-372, nov./dez.

CARTER, W. E. & DOUGHTY, Paul L.

- 1976 Social and cultural aspects of cannabis use in Costa Rica. In: DORNBUSH (org.) Chronic Cannabis use. New York, The New York Academy of Science.

CARVALHO, João Pessoa de Paula

- 1976 Dependência a drogas. Revista Paulista de Hospitais. São Paulo, 24(12):571-5, dez.

CASTAGNETO, H. E. & RODRIGUEZ, M.

- 1968 Contribución al estudio de las acciones farmacológicas de la metisergida (UML-491). Revista Assoc. Med. Arg.. Buenos Aires, 82:260.

1969 A propósito de um nuevo fármaco antiemético : el difenidol. Rev. Assoc. Med. Arg.. Buenos Aires, 83:313.

1969a Contribución al estudio farmacológico de la metoclopramida. Prensa Médica Argentina. Buenos Aires, 56:742.

CHAPEL, James L.

1973 Emergency room treatment of the drug-abusing patient. American Journal of Psychiatry. Washington, 130(3):257-59, mar.

CHISTOPHER, L. & CROOKS, J.

1974 Consumo excesivo de drogas? A Saúde do Mundo. Ginebra, abr.

CICOUREL, A. V.

1968 The social organization of juvenile justice. London , Wiley.

COCTEAU, J.

1932 Opium :the diary of an addict.Londres, Longmans.

CRESSEY, Donald R. & VOLKMAN Rita

1963 Differential association and rehabilitation of drugs addicts.American Journal of Sociology. Illinois, 69(2):129-142 ,set.

DAMACHER, Bethy & HELLWIG, Karen

1971 Nursing strategies for young drug users. Perspective in Psychiatry Care. Hillsdale, 9(5):200-205,sep./oct.

DAVIS, J. M. et alii

1968 Overdosage of psychotropic drugs: a review. Dis.Nerv.Syst.. New York, 29:157-246.

DE QUINCEY, Thomas

- 1955 Confessions d'un opiomane anglais. Trad. Alfred de Musset. Paris, Nouvel Office d'Édition.

DESCHAMPS, Andrée

- 1932 Ether, cocaine, hachisch, peyoth et démence précoce. Paris, Véga.

DOWNES, D.

- 1977 The drugs addict as a folk devil. In: ROCK, Paul (coord.) Drugs and Politics. New Jersey, Transaction Books.

DUFTY, W.

- 1978 Sugar blues. Rio de Janeiro, Ground.

DUNHAN, H. W.

- s.d. Anomia e desordem mental (s.n.t.)

DURAND-DASSIER, J.

- 1970 Désintoxication et psychothérapie institutionnelle. Paris, Epi.

DUSTER, Troy

- 1970 The legislation of morality : law, drugs and moral judgement. New York, The Free Press.

DUVIGNAUD, Jean

- 1974 L'anomie. Paris, Editions Anthropes.

ELIADE, Mircea

- 1964 Shamanism, Archaic techniques of ecstasy. London, Routledge & Kegan Paul.

ENGEL, G. L.

- 1980 The clinical application of the biopsychosocial model. American Journal Psychiatry. Washington, 137(5):535-543.

FAORO, Raymundo

- 1975 Os donos do poder. São Paulo, Global/USP.
- FISCHER, Cadenas C.
- 1923 Estudio sobre el principio activo del yagé. Bogotá, Universidad Nacional. Tese inédita.
- FICHER, Ferreira R. M.
- 1980 Meninos da rua. São Paulo, CEDEC.
- FRASER, H. & ISBELL, Harris
- 1956 Minutes of seventeenth meeting. Comm. Drug. Add. & Narc. Addendum. Washington D.C.
- FREEDMAN, D. X.
- 1968 On the use and abuse of LSD. Archives General Psychiatry. Chicago, 18:330-347.
- FULLER, L. Lon
- 1964 The morality of law. New Haven, Yale University Press.
- GAUTIER, T.
- 1843 Le club des hachischins. Feuilleton de la Press Médicale 10, (7).
- GERALD, M. C.
- 1974 Pharmacology : an introduction to drugs. New Jersey, Prentice - Hall.
- GERALDES, Paulo Cesar
- 1979 O destino da infância. Revista de Psiquiatria. Rio de Janeiro, 12(34):191-194.
- GERBAULT, J. M.
- 1965 Les drogues du bonheur. Paris, Hachette.
- GIBBENS, T. C. N.
- 1962 Tendencias actuales de la delincuencia juvenil. OMS. Cuadernos de Salud Publica, 5. Ginebra.

GLASER, F. B.

- 1974 Psychologic vs. pharmacologic heroin dependence. New England Journal of Medicine. London, 290:231.

GLUCKMAN, Max

- 1966 Essays on the ritual of social relations. Manchester, Manchester University Press.

GOLDSTEIN, A. et alii

- 1974 Principles of drug action . The basic of pharmacology. 2ed. New York, Harper & Row.

GOODE, Eric

- 1972 Drugs in american society. New York, Knopf.

GRINSPOON, Lester

- 1971 Marihuana reconsidered. New York, Bantan Books.

GRINSPOON, L .& BAKALAR, J. B.

- 1976 Cocaine - a drug and its social evolution. New York, Basic Books.

HAMMARLUND, E. Roy

- 1974 El abuso de las drogas en la Gran Bretaña, Suecia y Dinamarca .Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, 76(1):37-47, ene.

HEIM, R. & WASSER, G. R.

- 1959 Les champignons hallucinogènes du Mexique. Paris, Ed. Museum National d'Histoire Naturelle.

HUXLEY, Aldous

- 1954 The door of perception. New York, Harper and Brothers.

ILLICH, Ivan

- 1975 A expropriação da saúde.Rio de Janeiro,Nova Fronteira.

JONES, Ernest

- 1959 Vida e obra de Sigmund Freud. Buenos Aires, Editorial Nova.
- KANDEL, D.
- 1975 Stages in adolescent involvement in drug use. Science. Washington, 190:912-14.
- KLUVER, H.
- 1928 Mescal : the "divine" plant and its psychological effects. Londres, Kegan-Paul, Trench, Turbner & Co.
- LA BARRE , Weston
- 1938 The peyote cult. Yale University Press.
- LEARY, Timothy
- 1968 High priest. New York World.
- 1968a The politics of ecstasy. New York, Putnam.
- LEVI-STRAUSS, Claude
- 1950 The use of wild plants in tropical South America. Handbook of South American Indians. Washington, 6:465-486 BAE, Bull. 143.
- LITTLER , Manuel
- 1972 Drogas e tranquilizantes. In: Farmacologia experimental y clinica. 4ed. 2.reimpr. Buenos Aires, Ed. Ateneo.
- LONG, Bonnie L. & KREPICK, Donna Sammarco
- 1973 New perspectives on drug abuse. Nursing Clinics of North America. Philadelphia, Pa. 8(1):25-40, mar.
- LORENZ, Konrad
- 1966 On aggression. New York, Bantam.
- MAY, A. R. et alii
- 1971 Les adolescentes et la drogue. Resumo publicado em Chronique OMS. Genebra, 25(6):275-9, jun.

MACHADO, Roberto

- 1982 *Ciência e saber - a trajetória da arqueologia de Foucault*. Rio de Janeiro, Graal.

MADALENA, J. C.

- 1979 O alcoolismo e sua cumplicidade com os tóxicos. *Revista de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, 22(34):183-189, dez.

MANHÃES, Maria P.

- 1973 Aspectos psicodinâmicos das toxicomanias. *Boletim de Psiquiatria*. São Paulo, 6(2):41-8, jun.

MARAI, P. A.

- 1976 Community psychiatric nursing: an alternative to hospitalisation. *Nursing Times*. London, 72(44):1708-10, nov.

MAUSS, Marcel

- 1968 *Sociologie et anthropologie*. Paris, PUF.

MELLO, N. K.

- 1977 Stimulus self-administration: some implications for the predicting of drug abuse liability. In: *Predicting Dependence Liability of Stimulant and Depressant Drugs*. Baltimore, University Park Press.

MINUCHIN, S. et alii

- 1977 *Família y terapia*. Granica, Barcelona.

MORAES, Talvane Martins de

- 1972 Tóxicos e juventude - aspectos atuais do problema das farmacodependências. *Resenha Clínico Científica*. São Paulo, 41(8/9):219-23, ago./set.

MORGADO, Anastácio F.

- 1981 Maconha e LSD - dependência e o discutível efeito

teratogênico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, 30(3):225-234, maio/jun.

MORRIS, Terence

1978 *Desvio e controle! a heresia secular, a ordem social e como ela é imposta*. Trad. Waltensir Dutra. Rio de Janeiro, Zahar.

MOSCOVICI, Serge

1978 *A representação social da psicanálise*. Trad. Alvaro Cabral. Rio de Janeiro, Zahar.

NAHAS, Gabriel G.

1984 *Marihuana in Science and medicine*. New York, Raven Press.

NUNES, E. P.

1976 *Obsessão e delírios: neurose e psicose*. Rio de Janeiro, Imago.

OLIVENNES, A.

1975 *Delírio e realidade*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde

1957 *Treatment and care of drug addicts; report of a study group*. Genève, Technical Report Series . 131.

1971 *Comité D'Experis de la Pharmacodépendence. Prevention et traitement de la pharmacodépendence*. *Chronique OMS*. Genève, 25(7):326-35, jul.

PARK, Robert E.

1950 *Race and culture*. New York, Free Press.

PAULA, R. F. & SCOTT, R. P.

1981 *Terapia familiar no atendimento psiquiátrico: considerações iniciais sobre o tratamento de famílias*

pobres no Recife. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, 30(3):283-288, maio/jun.

PERROT, E. & HAMET, R.

1927 Le yagé, plante sensorielle des indiens de la region amazonienne de l' Equateur et de la Colombie. *Compte Rendue de la Académie de Sciences*. Paris, (184):12466

PETERSEN, R. C. & STILLMAN, R. C.

1977 Cocaine:1977. Washington, U.S. Government Printing Office.

POLSKY, Howard & KOHN, Martin

1959 Participant observation in a delinquent subculture. *American Journal of Orthopsychiatric*. 29:737-751, oct.

PONTE, Vandick

1973 Aspectos clínicos e psicofísicos das toxicomanias. *Boletim de Psiquiatria*. São Paulo, 6(1):5-10, mar.

POST, R. M.

1975 Cocaine psychoses: a continuum model. *American Journal Psychiatry*. Washington, 132:225.

PRAAG, H. M. Van

1978 Classification of psychotropics drugs. In: *Psychotropics drugs*. Ed. Assen . Amsterdam, Van Gorcum .p.3-7.

QUEEN, Stuart A.

1940 The ecological study of mental disorders. Trad. Olga Dória. *American Sociological Review*. Illinois, 5(2):201-209, abr.

RAY, Oakley S.

1972 *Drugs, society and human behavior*. St. Louis, The C. V. Mosley Co.

RAMADAM, Zacarias B. A.

- 1973 Toxicomanias ; aspectos sociodinâmicos. Boletim de Psiquiatria. São Paulo, 6(1):5-17, mar.
- RODMAN, Morton J.
- 1973 Drug therapy today; drugs for treating anxiety. RE, Oradell . New Jersey, 36(9):57-60, sept.
- ROSZARK, T.
- 1972 A contracultura. Petrópolis, Vozes.
- SALOMON, D.
- 1969 The marihuana. London, Panther Book.
- SALMOIRAGHI, G. C. & PAGE, I. H.
- 1957 Effects of LSD -25, BOL -148, bufotenine, mescaline and ibogaine on the potentiation of hexobarbital hypnosis produced by serotonin and reserpine. Journal Pharmacological Experimental Therapeutic. Baltimore, 120:20-25.
- SAMPAIO, Morival
- 1973 Personalidade do toxicômano; aspectos terapêuticos. Boletim de Psiquiatria. São Paulo, 6(4):161-21, dez.
- SAVAGE, G.
- 1972 Lysergic acid diethylamide(LSD-25) a clinical psychological study. American Journal Psychiatry. Washington, 108-896.
- SENEVIRATNE, Gamini
- 1981 Las otras armas contra el opio. Foro del Desarrollo. La División de Información Económica y Social/DPI, set. p.5.
- SERRA, Antonio
- 1979 A psiquiatria como discurso político. Rio de Janeiro,

Achiamé/Socii.

SCHANKER, L. S.

- 1971 Drug absorption. In: LA DU, B. N.(ed.) Fundamentals of drug metabolism and drug disposition. Baltimore, William & Wilkins, 76-87.

SCHUTZ, A.

- 1979 Fenomenologia e relações sociais. Rio de Janeiro, Zahar.

SHELDON, William

- 1949 Varieties of delinquent youth. New York, Harper and Brothers.

SHELDON, W. T. & STEVENS, S.S.

- 1942 The varieties of temperament. New York, Harper and Brothers.

SHICH, J. F. E. & SMITH, D. E.

- 1972 The illicit use of the psychotomimetic amphetamines with special reference to STP(DOM) toxicity. Journal Psychedelic Drugs. Winter, Madison, 5:131-138.

STRAUSS, Anselm L. et alii

- 1964 Psychiatric ideologies and institutions. New York, Free Press.

STRODTBECK, Fred L. et alii

- 1963 Values and gang delinquency: a study of street-corner groups. American Journal of Sociology. Illinois, 69(2):109-128, set.

SILVA, Maria da Glória Ribeiro da

- 1976 Prática médica e submissão. Rio de Janeiro, Zahar.

SIMPSON, D. D. et alii

- 1979 Follow-up evaluation of treatment of drug abuse during

1969 to 1972. Archives General Psychiatry. Chicago,
36:772-780.

SPORRI, T.

1972 Compêndio de psiquiatria. Trad. Reis S. P. A. Rio de
Janeiro, Livraria Atheneu.

TEFF, H.

1975 Drugs, society and law. Westmead, Cainboroughs,
England, Saxon House . D. C. Health Ltd.

TUCKER, G. J. et alii

1972 Chronic hallucinogenic drug use and though distribrance.
Archives General Psychiatry. Chicago, 27-443-447.

TURNER, William J.

1963 Experience with primary process thinking. The
Psychiatric Quartely. Utica, 1-13, jun.

VASCONCELOS, Egimar Jordão de et alii

1981 manifestações orais dos fumantes de maconha. OM.
Recife, 8(6):32-42, jun.

WESSON, D. R. & SMITH, D. E.

1977 Barbiturates: theirs use, misuse and abuse. Human
Science Press. New York.

WHYTE, William Foote

1943 Street coner society:the social structure of an Italian
slum. Chicago, University of Chicago Press.

WILLARD, Medd

1967 Drogas : fatos e mitos. Revista da Organização Mundial
da Saúde. Genebra, 4-39.

YOUNG, Jock

1971 The drugtakers. The social meaning of drug use.(s.n.t.).

ANEXOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA

A-TERAPEUTAS

- 1.Nível organizacional (Processo de entrada na Instituição.Criação do DST. Circunstâncias políticas de criação do DST. Modelo adotado na implantação. Estrutura organizacional.Divisão interna do trabalho. Procedimentos de rotina de atendimento).
- 2.Representação social da dependência (Definição de dependência e do dependente. Tratamento. Relações internas. Procedimentos terapêuticos).
- 3.Terapeutas e Funções (Atribuições. Instrumentação. Técnicas de trabalho. Encaminhamento da intervenção. Referencial teórico.Opiniões sobre o tipo de tratamento conduzido pela DST. Nível de conhecimento da legislação sobre drogas. Constituição da equipe: quantidade/tipicidade).
- 4.Nível Institucional (Pontos de estrangulamento no desenvolvimento do trabalho. Formas da burocracia institucional.Vantagens. Operacionalidade de desempenho efetivo do discurso oficial. Localização espacial: vantagens e desvantagens.Informações gerais sobre a DST).

B-DEPENDENTES

Tempo e frequência de uso. Formas de iniciação do uso. Dosagem. Efeitos produzidos. Consequências. Formas de uso. Razões de uso. Situação familiar. Relacionamento familiar. Descrições sobre os efeitos sentidos. Polidependência. Tolerância. Crise de abstinência.

A operacionalidade do conceito de identidade social compreendeu as seguintes variáveis:

1. Biográficas

a. pessoais (idade, sexo, escolaridade, procedência, cor, ocupação, qualificação profissional, estado conjugal).

b. Jurídico-processuais (natureza da infração: usuário ou traficante; antecedentes: primários ou reincidentes).

c. Carreira institucional (idade da primeira entrada na Delegacia de Entorpecente, circunstâncias da liberação, reincidência, experiência adquirida).

2. Categorias e atributos que os outros conferem aos dependentes

3. Sentimentos experimentados pelos dependentes e representações sobre sua própria identidade (tanto a que os outros lhes atribuem e lhes impõem, quanto aquela de que ele julga ser portador).

4. Perspectivas de vida societária, se recuperados (inserção no grupo familiar, ocupação, contato com o aparato policial, projetos de vida diversos)

OBSERVAÇÕES REALIZADAS

As situações observadas foram:

Situação A - As etapas da aplicação da 'liga' (compra, preparo, técnica de aplicação, 'tapa', 'morgação', 'bode'. Crise de abstinência. Morte. Sepultamento).

Situação B - Apreensão. Encaminhamento à Delegacia de Entorpecentes. Processo de Identificação. Triagem. Interrogatório. Xadrez. Encaminhamento à DST. Liberação.

Situação C - Relacionamento dos dependentes com os familiares, com outras pessoas e entre si. Técnicas de ocultamento da dependência.

GLOSSÁRIO

A-TERMOS TÉCNICOS

DEPENDÊNCIA- É um estado psíquico e, muitas vezes, também físico, resultante da interação entre o organismo e a droga. Caracteriza-se por certas respostas comportamentais, que sempre envolvem a compulsão para a tomada da droga, de modo contínuo ou periódico, com a finalidade de sentir seus efeitos prazerosos e, às vezes, interromper o desconforto conseqüente de sua privação. (OMS, Apud, GUZ, 1980)

DEPENDÊNCIA FÍSICA- É um estado patológico resultante da repetida administração de uma droga, que conduz ao aparecimento de um conjunto característico e específico de sintomas, denominado "síndrome de abstinência", quando a administração da droga é interrompida ou, no caso de algumas drogas, significativamente reduzida. (GUZ, 1980)

DEPENDÊNCIA PSÍQUICA- É a condição na qual a droga produz um sentimento de satisfação. É impulso psíquico que requer administração, contínua ou periódica, da droga para produzir prazer ou evitar o mal-estar proveniente de sua falta. É a característica universal da dependência de droga. (GUZ, 1980)

FARMACODEPENDÊNCIA- Estado psíquico, e, às vezes, físico, resultante da interação de um organismo vivo e um fármaco, que se caracteriza por modificações do comportamento e outras reações, as quais compreendem, sempre, uma compulsão a usar, de forma contínua ou periódica, o fármaco, a fim de obter seus efeitos psíquicos e, às vezes, para impedir o desconforto de sua privação. (OMS, apud

DUARTE, 1980; MORGADO, 1981). O conceito é o mesmo para dependência.

PRINCIPIO ATIVO- Substância que produz o efeito.

SINAPSE NERVOSA- Zona de conexão entre um nervo e outro.

SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA- Sintoma ou conjunto de sintomas que caracterizam um estado de modificação psíquica e física, ocasionado pela falta de determinada substância, antes usada, devido à dependência psíquica ou física por ela criada. Para cada substância tóxica existe um tipo de síndrome de abstinência característica. (GUZ, 1980; OLIEVENSTEIN, 1980).

TOLERÂNCIA- Capacidade do organismo de suportar certa quantidade de determinada substância. (GUZ, 1980). Um estado adaptativo caracterizado por respostas diminuídas a uma mesma quantidade de droga. (DUARTE, 1980)

RITO SUMARISSIMO- Tipo de processo em que todos os atos, desde a propositura da ação até a sentença, deverão realizar-se dentro de noventa dias. (Art. 281 do Código Processo Civil)

PREVALÊNCIA- Quantidade de casos existentes.

INSIDÊNCIA- Número de casos novos que aparecem.

DROGA- Toda substância ou produto que, administrado ao organismo vivo, produz modificações em uma ou mais de suas funções. (OMS).

B-GÍRIA

Arriar- Deixar passar o efeito da 'liga'.

Artério- Veia que provoca choque.

Apagar— Perder os sentidos.

afim— Querendo, desejando, com vontade de.

Amarrar um bode— Consiste no fato de, após ter tomado a droga, sentir-se mal, exausto e com tendência ao cansaço.

Bandeira— Conduta que permite aos outros perceberem que se está sob o efeito de droga. Resultado do ato praticado pelo indivíduo que, sob os efeitos da droga, adota comportamentos inadequados, inconvenientes, que chamem a atenção de terceiros. Uma discussão sobre análise seu significado aproxima-se de um ato falho.

Bater— Aplicar ligeiro a 'liga'.

Bode— Indisposição ou mal-estar no indivíduo, após o uso da droga, podendo, às vezes, causar a morte do usuário. Fase de depressão.

Boca— Local de venda ou de reunião.

Botar na encanação— Injetar droga nas veias.

Broca— Ulcerações, feridas.

Cana— Prisão.

Castigar— Usar drogas

Chincheiro— Vendedor auxiliar, atravessador, intermediário, o mesmo que "vaposeiro".

Chinfra— Turma de usuários de drogas.

Chira— Seringa para a 'liga'.

Carga— Dose da droga.

Corta— Expressão usada para interromper um assunto, principalmente quando se nota a aproximação de pessoas estranhas ao grupo.

Dansar— Ser preso pela polícia, ser enganado por alguém . Ser morto.

Dar um fresco— É uma pausa que o usuário faz em relação ao uso

da droga, mas sempre com a intenção de voltar a utilizá-la.

Curtir- Aproveitar, viver intensamente, sentir com profundidade.

Descolar- Comprar a droga,conseguir algo.

Destilar- Ato de dissolver os comprimidos e filtrá-los para serem injetados nas veias.

Estar de boeira-Sob o efeito da droga.

Estepe- Denominação dada à veia da perna.

Enrustir- Esconder o tóxico.

Embandeirar- Jactar-se de ser usuário de drogas.

Fisgar- Injetar.

Fisgado- Preso ao uso da droga.

Fazer presença- Oferecer a outros usuários, a título gratuito,dividir a droga com alguém. Um elemento do grupo compra ou eles fazem uma cota para adquirir a droga,depois, se reúnem e tomam em conjunto, com todo um ritual de preparação.

Figura- O mesmo que pessoa.

Gringa,grinfa- Nome dado a seringa usada na "liga", aparelho hipodérmico, para auto-aplicação.

Güento- Roubar.

Irmão de fé- Expressão usada para designar ou identificar usuários entre si.

Jogada- Participação em atos delituosos.

Lombra- Estado de intoxicação pela droga; diz-se do elemento que está sob efeito da droga,entorpecido,ligado,intoxicado;significa também quando o elemento se encontra sob o efeito da droga.

Lombrado- Indivíduo que está sob o efeito da droga.

Ligado- Usuário sob o efeito da droga.

Liga - Preparado do Algañan(drágeas maceradas depois misturadas

com água comum, destilada ou de coco, filtradas com algodão.

Mutuca- Pequena trouxinha de maconha; certa quantidade de maconha vendida sem pesar, na oxilação do câmbio e da procura.

Maluco- Doidão, o mesmo que ligado.

Morgar- Dormir, sonolência desagradável que resta dos efeitos da droga; sentir sono ou moleza após a droga.

Meganha- Policial militar.

Não pintar sujeira- Não cometer nenhuma falha que venha denunciar a condição de dopado, não dar mancada.

No bode- Sono profundo produzido pela droga, depressão.

Ouriço- Nervoso, a fim das coisas, impaciente.

Oh meu! Expressão usada para se dirigir a alguém.

Passar- Vender tóxico.

Puxar- Fumar maconha.

Piteús- Garotas que estão sendo conduzidas ao uso de drogas, geralmente as meninas na faixa etária de 11 a 16 anos.

Pagar sugesta- Ameaçar.

Pedaco- Geralmente refere-se a um determinado local, área ou local de transação.

Pino- Fugir, correr da polícia.

Pintar sujeira- Presença de informante ou policiais nos pontos de uso, comercialização de drogas ou ponto de reunião. Polícia por perto.

Pintou sujeira- Expressão usada para anunciar a chegada da polícia.

Queimar- O mesmo que fumar maconha.

Refrescar- Dar uma pausa no uso, sem intenção de deixá-lo.

Refresco- Xadrez de delegacia de polícia.

Dar um fresco- amenizar, parar um pouco com atividade delituosa

Seca- Desespero pela abstinência da droga.

Sacar a peça- Conhecer a pessoa.

Samango- Militar.

Sujeira- Essencialmente, quer dizer polícia, também pode significar um ato desonesto.

Tapa, flash- Termo que define o efeito de um prazer brutal, intenso, breve, o qual resulta do injectar de uma droga por via intravenosa. Sensação intensa que se sente quando a droga entra na circulação sanguínea. O flash difere conforme o produto consumido.

Transar- Transações entre grupo de chincheiros, vender tóxico.

Transa- Acerto, combinação, tráfico.

Trouxinha- pequena porção de maconha.

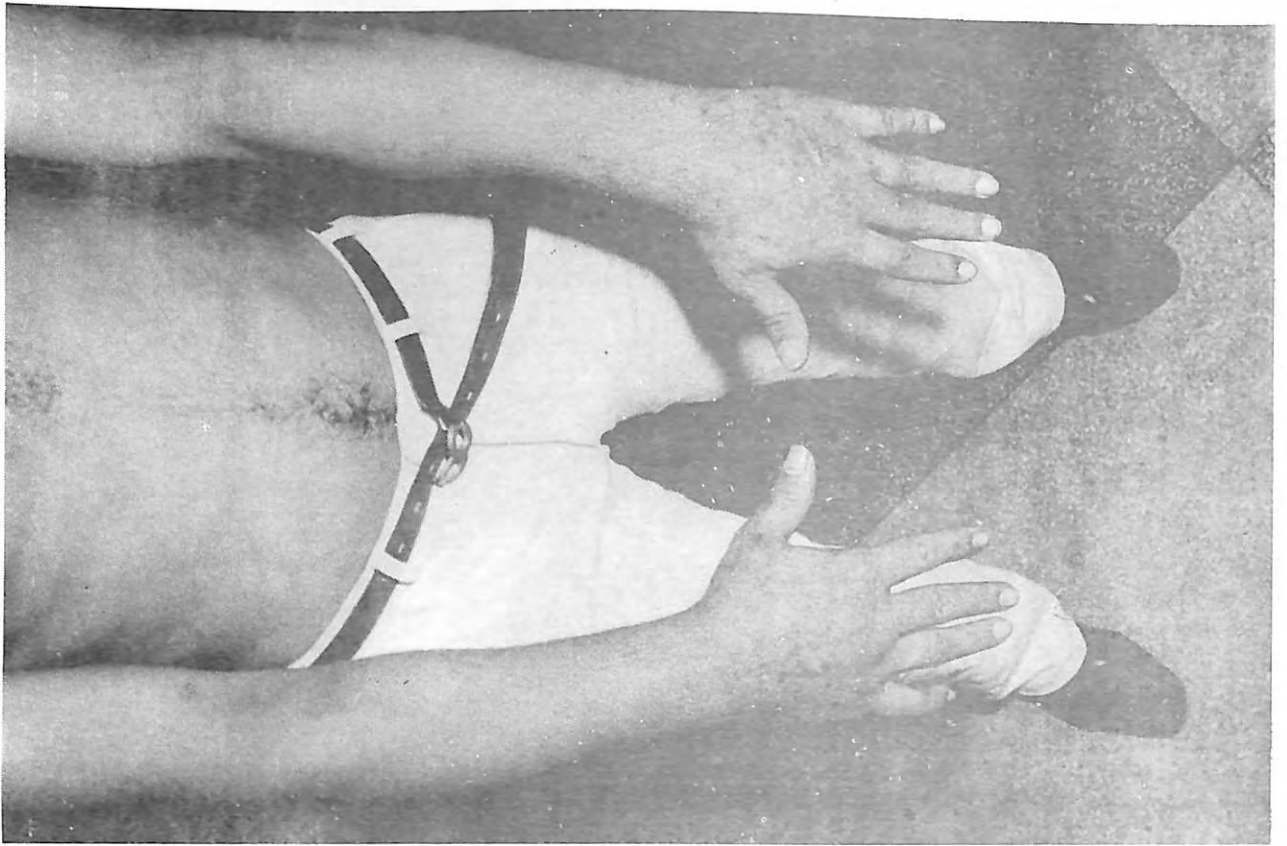
Traço- Pequena quantidade de dose da droga

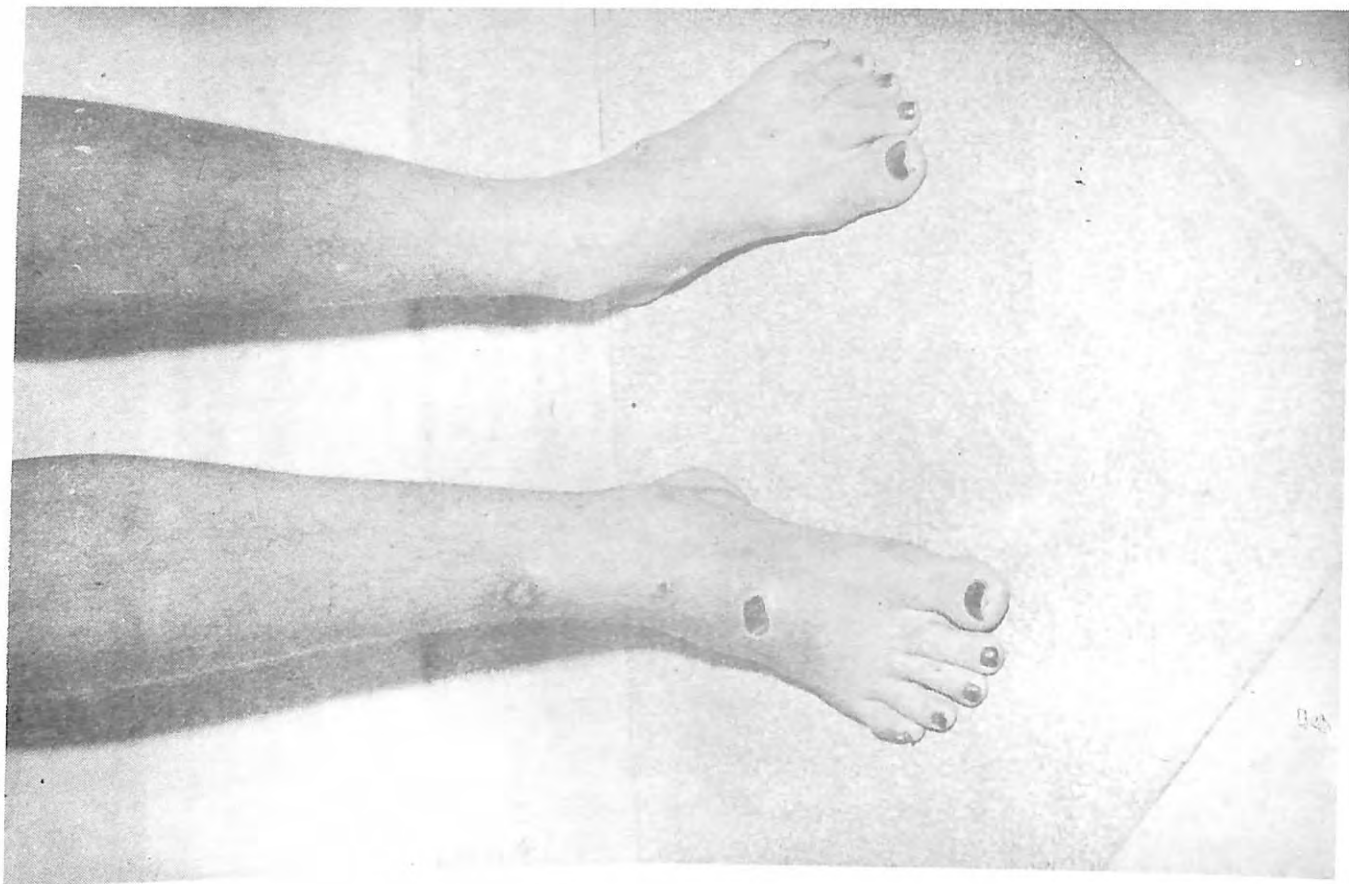
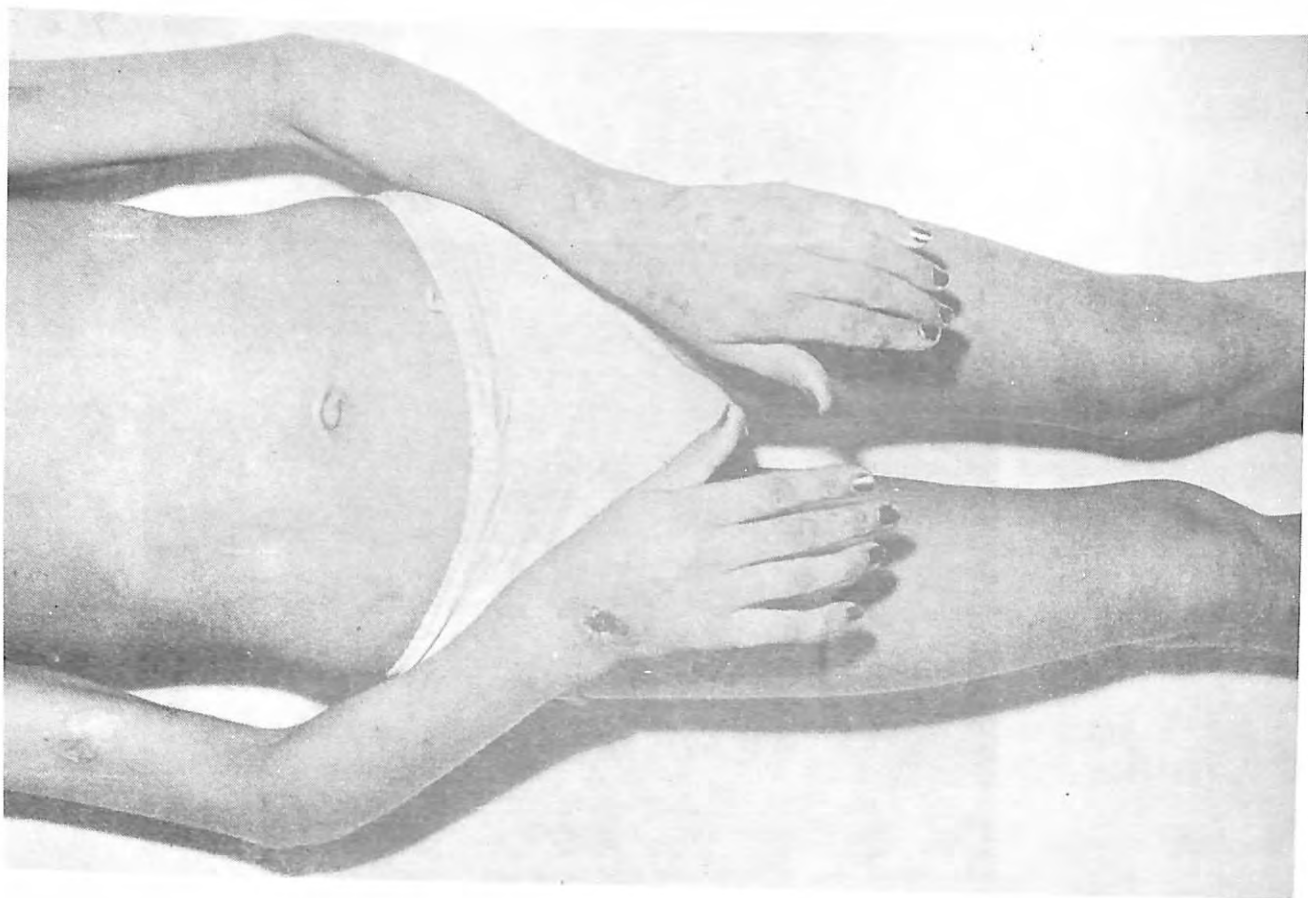
Trampo- Emprego.

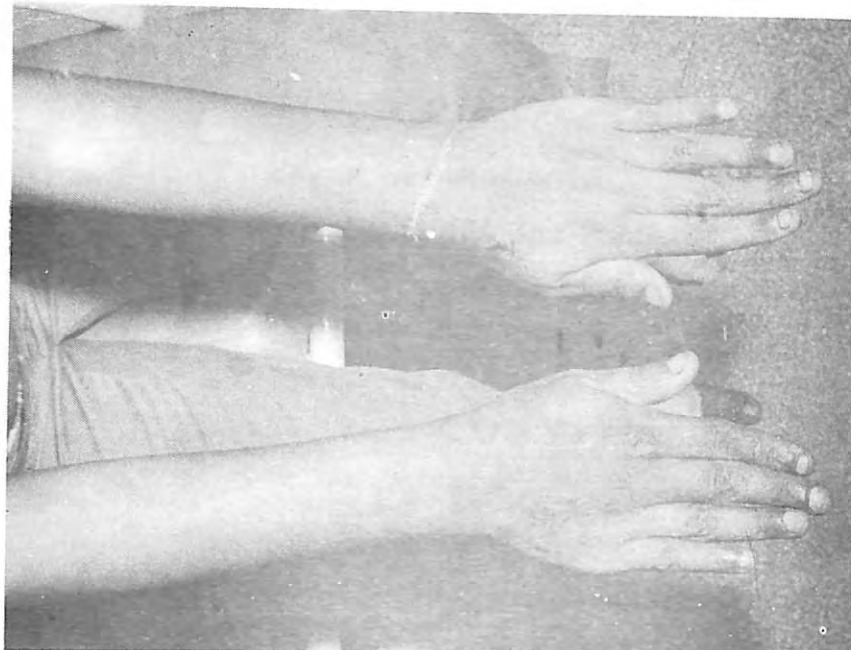
Vapor- Vendedor de tóxico.

Viagem- O estado que fica um indivíduo que usa drogas e as sensações que experimenta durante os efeitos dela.

Zomes- Polícia.









ESTADO DE PERNAMBUCO

Secretaria da Segurança Pública
Diretoria Executiva de Polícia Especializada
Delegacia de Entorpecentes

CONVITE

Do _____

Para _____

Pelo presente, convidamos a V. S.^a para, nas próximas 48 horas, comparecer a esta Delegacia de Entorpecentes, sita à rua do Pombal, no dia _____ às _____ horas para tratar de assunto do vosso interesse.

Na expectativa da boa acolhida ao nosso convite e pronto atendimento de V. S.^a firmamo-nos mui cordialmente

Data _____

Assinatura _____



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
Divisão de Serviços Técnicos

ENCAMINHAMENTO

Da.: DIVISÃO DE SERVIÇOS TÉCNICOS

PARA: _____

Pelo presente, encaminhamos a V.ªa., o SR. _____
_____, para atendimento nesse Setor

DOCUMENTAÇÃO: _____

Na expectativa de boa acolhida e atendimento ao nos-
so cliente, apresentamos nossos votos de estima e apreço.

Recife, _____ de _____ de 19____

Assinatura

a) _____

OBS:

[illegible]

033

ASSISTENTE SOCIAL

Divisão de Serviços Técnicos

CONTROLE DE ATENDIMENTOS

[illegible]

MES: ANO:

MES:

AND:

DIVISÃO TÉCNICA

[illegible]

...a fim de garantir a qualidade dos produtos e a segurança dos consumidores, a Diretoria Nacional de Vigilância Sanitária de Medicamentos, no uso das atribuições que lhe confere o inciso XII do artigo 21 da Portaria nº 270/BsB, de 19 de junho de 1978,

Considerando a Decisão 1 (S-VI) da Comissão de Entorpecentes do Conselho Econômico e Social da Organização das Nações Unidas a que está obrigado o Governo Brasileiro através do Decreto nº 54.216, de 27 de agosto de 1964, com as modificações aprovadas pelo Decreto nº 76.248, de 12 de setembro de 1975,

Considerando o disposto no art. 6º da Lei nº 6.368, de 21.10.76, e para os fins prescritos no art. 36 e seu parágrafo único da citada Lei,

PORTARIA Nº 08 - DE 23 DE JULHO DE 1981 (1)

O Diretor da Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Medicamentos, no uso das atribuições que lhe confere o inciso XII do artigo 21 da Portaria nº 270/BsB, de 19 de junho de 1978,

Considerando a Decisão 1 (S-VI) da Comissão de Entorpecentes do Conselho Econômico e Social da Organização das Nações Unidas a que está obrigado o Governo Brasileiro através do Decreto nº 54.216, de 27 de agosto de 1964, com as modificações aprovadas pelo Decreto nº 76.248, de 12 de setembro de 1975,

Considerando o disposto no art. 6º da Lei nº 6.368, de 21.10.76, e para os fins prescritos no art. 36 e seu parágrafo único da citada Lei,

Resolve:

I - Incluir no regime da Portaria nº 19/77-DIMED, de 6 de setembro de 1977, publicada no D.O.U. de 11 seguinte, a substância Dextropropoxifeno, classificando-a na Lista II da mencionada Portaria.

II - Incluir na Lista B da Portaria nº 19/77-DIMED, todos os produtos injetáveis contendo Dextropropoxifeno, associado ou não, bem como as demais formas farmacêuticas nas quais este fármaco seja a única substância ativa.

III - As doses de prescrição indicadas para os produtos referidos no item II deste ato, para os efeitos referidos da letra b do item 4 da mencionada Portaria 19/77-DIMED, são: 5 (cinco) ampolas ou 10 (dez) comprimidos ou 10 (dez) drágeas ou 10 (dez) cápsulas ou 10 (dez) supositórios.

Publicada no D.O. de 5/8/81.

IV - Incluir na Lista C da Portaria nº 19/77-DIMED, todos os produtos de uso não parenteral, associados, que contenham Dextropropoxifeno.

V - Autorizar, para os produtos referidos no item II desta Portaria, em caráter excepcional, o uso, em substituição às faixas impressas exigidas pelo artigo 100 do Decreto nº 79.094, de 05 de janeiro de 1977, de faixas adesivas com as mesmas características estabelecidas no item II da Portaria nº 134, de 12 de maio de 1977, pelo prazo improrrogável de 90 (noventa) dias a partir de 25 de agosto de 1981.

VI - Autorizar os estabelecimentos de comércio farmacêutico, definidos na Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, regulamentada pelo Decreto nº 74.170, de 10 de junho de 1974, a fornecerem ao consumidor até o dia 25 de outubro de 1981 os medicamentos do item II cujas embalagens não apresentem as faixas a que se refere esta Portaria, desde que tais produtos tenham sido recebidos pelos estabelecimentos até o dia 25 de setembro de 1981.

VII - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogados os itens IV e V da Portaria nº 03/81-DIMED, de 25 de maio de 1981, publicada no D.O.U. de 1º de junho seguinte, e demais disposições em contrário.

Luiz Gonçalves Paulo



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA FEDERAL
COORDENAÇÃO CENTRAL POLICIAL
DIVISÃO DE REPRESSÃO A ENTORPECENTES

LEI No. 6.368 -- DE 21 DE
OUTUBRO DE 1976

Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências.

DECRETO No. 78.992 -- DE 21 DE
DEZEMBRO DE 1976

Regulamenta a Lei número 6.368, de 21 de outubro de 1976, que dispõe sobre medidas de prevenção e repressão do tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica.

LEI No. 6.368 — DE 21 DE OUTUBRO DE 1976

Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências.

O Presidente da República.

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte

Lei:

CAPÍTULO I

Da prevenção

Art. 1o. É dever de toda pessoa física ou jurídica colaborar na prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica.

Parágrafo único. As pessoas jurídicas que, quando solicitadas, não prestarem colaboração nos planos governamentais de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica perderão, a juízo do órgão ou do poder competente, auxílios ou subvenções que venham recebendo da União, dos Estados, do Distrito Federal, Territórios e Municípios, bem como de suas autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista e fundações.

Art. 2o. Ficam proibidos em todo o território brasileiro o plantio, a cultura, a colheita e a exploração, por particulares, de todas as plantas das quais possa ser extraída substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica.

§ 1o. As plantas dessa natureza, nativas ou cultivadas, existentes no território nacional, serão desafiadas pelas autoridades policiais, ressalvados os casos previstos no parágrafo seguinte.

§ 2o. A cultura dessas plantas com fins terapêuticos ou científicos só será permitida mediante prévia autorização das autoridades competentes.

§ 3o. Para extrair, produzir, fabricar, transformar, preparar, possuir, importar, exportar, reexportar, remeter, transportar, expor, oferecer, vender, comprar, trocar, ceder ou adquirir para qualquer fim substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, ou matéria-prima destinada à sua preparação, é indispensável licença da autoridade sanitária competente, observadas as demais exigências legais.

§ 4o. Fica dispensada da exigência prevista no parágrafo anterior a aquisição de medicamentos mediante prescrição médica, de acordo com os preceitos legais ou regulamentares.

Art. 3o. As atividades de prevenção, fiscalização e repressão ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica serão integradas num Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão, constituído pelo conjunto de órgãos que exerçam essas atribuições nos âmbitos federal, estadual e municipal.

Parágrafo único. O sistema de que trata este artigo será formalmente estruturado por decreto do Poder Executivo, que disporá sobre os mecanismos de coordenação e controle globais de atividades, e sobre os mecanismos de coordenação e controle incluídos especificamente nas áreas de atuação dos governos federal, estaduais e municipais.

Art. 4o. Os dirigentes de estabelecimentos de ensino ou hospitalares, ou de entidades sociais, culturais recreativas, esportivas ou beneficentes, adotarão, de comum acordo e sob a orientação técnica de autoridades especializadas, todas as medidas necessárias à prevenção do tráfico ilícito e do uso indevido de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, nos recintos ou imediações de suas atividades.

Parágrafo único. A não observância do disposto neste artigo implicará na responsabilidade penal e administrativa dos referidos dirigentes.

Art. 5o. Nos programas dos cursos de formação de professores serão incluídos ensinamentos referentes a substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, a fim de que possam ser transmitidos com observância dos seus princípios científicos.

Parágrafo único. Dos programas das disciplinas da área de ciências naturais, integrantes dos currículos dos cursos de 1o. grau, constarão obrigatoriamente pontos que tenham por objetivo o esclarecimento sobre a natureza e efeitos das substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica.

Art. 6o. Compete privativamente ao Ministério da Saúde, através de seus órgãos especializados, baixar instruções de caráter geral ou especial sobre proibição, limitação, fiscalização e controle da produção, do comércio e do

Parágrafo único. A não observância do disposto neste artigo implicará na responsabilidade penal e administrativa dos referidos dirigentes.

Art. 20. O Ministério da Saúde estabelecerá intercâmbio permanente de informes e consultas com os organismos internacionais especializados e com as autoridades sanitárias dos países com os quais o Brasil mantém relações. Deverá, ainda, colaborar com os órgãos internos para a execução das Convenções ratificadas pelo Brasil.

Art. 21. Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 21 de dezembro de 1976; 155o. da Independência e 88o. da República.

ERNESTO GEISEL

Armando Falcão

Ney Braga

Paulo de Almeida Machado

L. G. do Nascimento e Silva.

uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e de especialidades farmacêuticas que as contenham.

Parágrafo único. A competência fixada neste artigo, no que diz respeito à fiscalização e ao controle, poderá ser delegada a Órgãos congêneres dos Estados, do Distrito Federal e dos Territórios.

Art. 7o. A União poderá celebrar convênios com os Estados visando à prevenção e repressão do tráfico ilícito e do uso indevido de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica.

CAPÍTULO II

Do tratamento e da recuperação

Art. 8o. Os dependentes de substâncias entorpecentes, ou que determinem dependência física ou psíquica, ficarão sujeitos às medidas previstas neste capítulo.

Art. 9o. As redes dos serviços de saúde dos Estados, Territórios e Distrito Federal contarão, sempre que necessário e possível, com estabelecimentos próprios para tratamento dos dependentes de substâncias a que se refere a presente Lei.

§ 1o. Enquanto não se criarem os estabelecimentos referidos neste artigo, serão adaptados, na rede já existente, unidades para aquela finalidade.

§ 2o. O Ministério da Previdência e Assistência Social providenciará no sentido de que as normas previstas neste artigo e seu § 1o. sejam também observadas pela sua rede de serviços de saúde.

Art. 10. O tratamento sob regime de internação hospitalar será obrigatório quando o quadro clínico do dependente ou a natureza de suas manifestações psicopatológicas assim o exigirem.

§ 1o. Quando verificada a desnecessidade de internação, o dependente será submetido a tratamento em regime extra-hospitalar, com assistência do serviço social competente.

§ 2o. Os estabelecimentos hospitalares e clínicas, oficiais ou particulares, que receberem dependentes para tratamento, encaminharão à repartição competente, até o dia 10 de cada mês, mapa estatístico dos casos atendidos durante o mês anterior, com a indicação do código da doença, segundo a classificação aprovada pela Organização Mundial de Saúde, dispensada a menção do nome do paciente.

Art. 11. Ao dependente que, em razão da prática de qualquer infração penal, for imposta pena privativa de liberdade ou medida de segurança detentiva será dispensado tratamento em ambulatório interno do sistema penitenciário onde estiver cumprindo a sanção respectiva.

CAPÍTULO III

Dos crimes e das penas

Art. 12. Importar ou exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda ou oferecer, fornecer ainda que gratuitamente, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar ou entregar, de qualquer forma, a consumo substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar;

Pena — Reclusão, de 3 (três) a 15 (quinze) anos, e pagamento de 50 (cinquenta) a 360 (trezentos e sessenta) dias-multa.

§ 1o. Nas mesmas penas incorre quem, indevidamente:

I — importa ou exporta, remete, produz, fabrica, adquire, vende, expõe à venda ou oferece, fornece ainda que gratuitamente, tem em depósito, transporta, traz consigo ou guarda matéria-prima destinada a preparação de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica;

II — semeia, cultiva ou faz a colheita de plantas destinadas à preparação de entorpecente ou de substância que determine dependência física ou psíquica.

§ 2o. Nas mesmas penas incorre, ainda, quem:

I — induz, instiga ou auxilia alguém a usar entorpecente ou substância que determine dependência física ou psíquica;

II — utiliza local de que tem a propriedade, posse, administração, guarda ou vigilância, ou consente que outrem a utilize, ainda que gratuitamente, para uso indevido ou tráfico ilícito de entorpecente ou de substância que determine dependência física ou psíquica.

III — contribui de qualquer forma para incentivar ou difundir o uso indevido ou o tráfico ilícito de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica.

Art. 13. Fabricar, adquirir, vender, fornecer ainda que gratuitamente, possuir ou guardar maquinismo, aparelho, instrumento ou qualquer objeto destinado à fabricação, preparação, produção ou transformação de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar:

Pena — Reclusão, de 3 (três) a 10 (dez) anos, e pagamento de 50 (cinquenta) a 360 (trezentos e sessenta) dias-multa.

Art. 14. Associarem-se 2 (duas) ou mais pessoas para o fim de praticar, reiteradamente ou não, qualquer dos crimes previstos nos Arts. 12 ou 13 desta Lei:

Pena — Reclusão de 3 (três) a 10 (dez) anos, e pagamento de 50 (cinquenta) a 360 (trezentos e sessenta) dias-multa.

Art. 15. Prescrever ou ministrar culposamente, o médico, dentista, far-

Relações Exteriores. A licença, quando concedida, será expedida em duas vias, destinando-se a primeira ao requerente e a segunda ao órgão competente do Ministério da Fazenda.

Parágrafo único. Na solicitação da licença deverão ser indicados a natureza, o tipo, a quantidade, o nome da firma exportadora, a proveniência, o nome do importador e o país a que se destinam essas substâncias, bem como os locais de entrada e saída no território nacional.

Art. 15. Somente os órgãos e entidades públicos previamente autorizados pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia poderão receber ou doar, para fins terapêuticos ou científicos, substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, bem como as especialidades farmacêuticas que as contenham, desde que o façam em embalagens apropriadas, observadas as cautelas exigidas para aquele órgão.

Art. 16. Os médicos, dentistas e farmacêuticos deverão observar, rigorosamente, os preceitos legais e regulamentares sobre a prescrição de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica.

Art. 17. Ao Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia compete baixar Instruções de caráter geral ou especial sobre modelos de receiptários oficiais para a prescrição de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, bem como aprovar modelos para a elaboração de estatísticas e balanços.

Art. 18. De toda receita, bula, rótulo e embalagem de especialidade farmacêutica que contenha substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica deverá constar, obrigatoriamente, em destaque e em letras de corpo maior do que o texto, a expressão:

"Atenção — pode causar dependência física ou psíquica".

Parágrafo único. O disposto neste artigo quanto a bulas, rótulos e embalagens será cumprido conforme plano de implantação gradativa elaborado pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, que deverá estar concluído dentro do prazo de 180 (cento e oitenta) dias.

Art. 19. Os dirigentes de estabelecimentos de ensino ou hospitalares, ou de entidades sociais, culturais, recreativas, esportivas ou beneficentes, adotação, de comum acordo e sob a orientação técnica de autoridades especializadas, todas as medidas necessárias à prevenção do tráfico ilícito e do uso indevido de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, nos recintos ou imediações de suas atividades.

botânica atualizada, mencionando-se família, gênero, espécie e variedades, se houver;

IV — Declaração da localização, extensão do cultivo e da estimativa da produção.

§ 3o. Para a concessão da licença, poderá o Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia determinar a realização de diligências, bem como a apresentação de novos documentos.

§ 4o. O Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia dará, obrigatoriamente, conhecimento das licenças concedidas à Divisão de Representação a Entorpecentes do Departamento de Polícia Federal.

§ 5o. Compete ao Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia fiscalizar o estrito cumprimento da autorização constante da licença.

Art. 11. Sempre que for destruída qualquer plantação, na forma prevista nos artigos 2o., § 1o. e 4o, § 2o., da Lei número 6.368, de 21 de outubro de 1976, a autoridade que proceder à diligência remeterá cópia do respectivo auto ao Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia e à Divisão de Repressão a Entorpecentes do Departamento de Polícia Federal.

Art. 12. Compete privativamente ao Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia conceder a autorização prevista no art. 2o., § 3o., da Lei no. 6.368, de 21 de outubro de 1976, às pessoas jurídicas que obtenham inscrição prévia naquele órgão.

Art. 13. É proibido, sob qualquer forma ou pretexto, distribuir amostras para propaganda de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica e das especialidades farmacêuticas que as contêm, inclusive a médicos, dentistas, veterinários ou farmacêuticos, só se permitindo a propaganda dos mesmos em revistas ou publicações técnicas, de circulação restrita a esses profissionais.

Parágrafo único. Sem prejuízo das demais sanções legais, a inobservância da proibição prevista neste artigo constitui infração sanitária, regulando-se o processo e a aplicação da sanção cabível pelo disposto no Decreto-lei no. 785, de 25 de agosto de 1969.

Art. 14. O trânsito, pelo território nacional, de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, fica sujeito a licença especial do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, mediante solicitação dos representantes diplomáticos, ou, à sua falta, dos agentes consulares do País a que se destinam, por intermédio do Ministério das

macêutico ou profissional de enfermagem substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, em dose evidentemente maior que a necessária ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar:

Pena — Detenção, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos, e pagamento de 30 (trinta) a 100 (cem) dias-multa.

Art. 16. Adquirir, guardar ou trazer consigo, para uso próprio, substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar:

Pena — Detenção, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos, e pagamento de 20 (vinte) a 50 (cinquenta) dias-multa.

Art. 17. Violar de qualquer forma o sigilo de que trata o Art. 26 desta Lei:

Pena — Detenção, de 2 (dois) a 6 (seis) meses, ou pagamento de 20 (vinte) a 50 (cinquenta) dias-multa, sem prejuízo das sanções administrativas a que estiver sujeito o infrator.

Art. 18. As penas dos crimes definidos nesta Lei serão aumentadas de 1/3 (um terço) a 2/3 (dois terços):

I — no caso de tráfico com o exterior ou de extra-territorialidade da lei penal;

II — quando o agente tiver praticado o crime prevalecendo-se de função pública relacionada com a repressão à criminalidade ou quando, muito embora não titular de função pública, tenha missão de guarda e vigilância;

III — se qualquer deles decorrer de associação ou visar a menores de 21 (vinte e um) anos ou a quem tenha, por qualquer causa, diminuída ou suprimida a capacidade de discernimento ou de autodeterminação;

IV — se qualquer dos atos de preparação, execução ou consumação ocorrer nas imediações ou no interior de estabelecimento de ensino ou hospitalar, de sedes de entidades estudantis, sociais, culturais recreativas, esportivas ou beneficentes, de locais de trabalho coletivo de estabelecimentos penais, ou de recintos onde se realizem espetáculos ou diversões de qualquer natureza, sem prejuízo da interdição do estabelecimento ou do local.

Art. 19. É isento de pena o agente que, em razão da dependência, ou sob o efeito de substância, entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica proveniente de caso fortuito ou força maior era, ao tempo da ação ou da omissão, qualquer que tenha sido a infração penal praticada, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Parágrafo único. A pena pode ser reduzida de 1/3 (um terço) a 2/3 (dois terços) se, por qualquer das circunstâncias, previstas neste artigo, o agente não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

CAPÍTULO IV

Do procedimento criminal

Art. 20. O procedimento dos crimes definidos nesta Lei reger-se-á pelo disposto neste capítulo, aplicando-se subsidiariamente o Código de Processo Penal.

Art. 21. Ocorrendo prisão em flagrante, a autoridade policial dela fará comunicação imediata ao juiz competente, remetendo-lhe juntamente uma cópia do auto lavrado e o respectivo auto nos 5 (cinco) dias seguintes.

§ 1o. Nos casos em que não ocorrer prisão em flagrante, o prazo para remessa dos autos do inquérito ao juiz será de 30 (trinta) dias.

§ 2o. Nas comarcas onde houver mais de uma vara competente, a remessa far-se-á na forma prevista na Lei de Organização Judiciária local.

Art. 22. Recebidos os autos em juízo, será aberta vista ao Ministério Público para, no prazo de 3 (três) dias, oferecer denúncia, arrolar testemunhas até o máximo de 5 (cinco) e requerer as diligências que entender necessárias.

§ 1o. Para efeito da lavratura do auto de prisão em flagrante e do oferecimento da denúncia, no que tange à materialidade do delito, bastará laudo de constatação da natureza da substância firmado por perito oficial ou, na falta deste, por pessoa idônea escolhida de preferência entre as que tiverem habilitação técnica.

§ 2o. Quando o laudo a que se refere o parágrafo anterior for subscrito por perito oficial, não ficará este impedido de participar da elaboração do laudo definitivo.

§ 3o. Recebida a denúncia, o juiz, em 24 (vinte e quatro) horas, ordenará a citação ou requisição do réu e designará dia e hora para o interrogatório, que se realizará dentro dos 5 (cinco) dias seguintes.

§ 4o. Se o réu não for encontrado nos endereços constantes dos autos, o juiz ordenará sua citação por edital, com prazo de 5 (cinco) dias, após o qual decretará sua revella. Neste caso, os prazos correrão independentemente de intimação.

§ 5o. No interrogatório, o juiz indagará do réu sobre eventual dependência, advertindo-o das consequências de suas declarações.

§ 6o. Interrogado o réu, será aberta vista à defesa para, no prazo de 3 (três) dias, oferecer alegações preliminares, arrolar testemunhas até o máximo de 5 (cinco) e requerer as diligências que entender necessárias. Havendo mais de um réu, o prazo será comum e correrá em cartório.

Art. 23. Findo o prazo do § 6o. do artigo anterior, o juiz proferirá despacho saneador, em 48 (quarenta e oito) horas, no qual ordenará as diligências indispensáveis ao julgamento do feito e designará, para um dos 8 (oito) dias seguintes, audiência de instrução e julgamento, notificando-se o réu e as testemunhas que nela devam prestar depoimento, intimando-se o defensor e o Ministério Público, bem como cientificando-se a autoridade

Art. 6o. A assistência social aos dependentes que forem submetidos a tratamento em regime extra-hospitalar, na forma do artigo 10, § 1o. da Lei número 6.368, de 21 de outubro de 1976, terá por objetivo a avaliação da influência dos fatores sociais na situação do paciente, permitindo visão ampla do quadro clínico apresentado e tornando possível melhor planejamento terapêutico. Sua atuação se fará junto ao paciente, à sua família, ao seu trabalho e à sua comunidade, para aproveitamento do tratamento instituído, objetivando sua recuperação.

Art. 7o. O Ministério da Saúde fará publicar, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a consolidação de todas as normas, instruções e relações vigentes sobre proibição, limitação, fiscalização e controle da produção, do comércio e do uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e de especialidades farmacêuticas que as contenham, referidos nos artigos 6o. e 36 da Lei número 6.368, de 21 de outubro de 1976.

Art. 8o. Nenhum texto, cartaz, representação, curso, seminário, conferência ou propaganda sobre o uso de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, ainda que a título de campanha de prevenção, será divulgado sem prévia autorização do órgão competente.

Art. 9o. As autoridades de censura fiscalizarão rigorosamente os espetáculos públicos, a fim de evitar representações, cenas ou situações que possam, ainda que veladamente, suscitar interesse pelo uso de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica.

Art. 10. Somente o Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia (SNFMF) poderá conceder licença para o plantio, cultivo e colheita das plantas mencionadas no artigo 2o., § 2o., da Lei número 6.368, de 21 de outubro de 1976.

§ 1o. A licença para as atividades previstas neste artigo só poderá ser concedida às pessoas jurídicas de direito público que tenham por objetivo, devidamente comprovado, a extração ou exploração dos princípios ativos das plantas referidas neste artigo, para fins terapêuticos ou científicos.

§ 2o. A concessão da licença será requerida pelo Diretor ou responsável pelo estabelecimento interessado, devendo o requerimento ser instruído com os seguintes documentos:

- I — Programa ou plano completo da atividade a ser desenvolvida;
- II — Relação dos técnicos que participarão da atividade, comprovada sua habilitação para as funções indicadas;
- III — Indicação taxativa das plantas pelo nome vulgar e nomenclatura

da Lei no. 6.368, de 21 de outubro de 1976, verificando a recusa ou omissão de colaboração, comunicará o fato imediatamente à entidade fornecedora da subvenção que, em 60 (sessenta) dias, adotará as providências necessárias para o fim previsto no mesmo dispositivo.

Art. 2o. Ficam proibidos em todo o território brasileiro o plantio, a cultura, a colheita e a exploração, por particulares, de todas as plantas das quais possa ser extraída substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica.

§ 1o. As plantas dessa natureza, nativas ou cultivadas, existente no território nacional, serão destruídas pelas autoridades policiais, ressalvados os casos previstos no artigo 2o., §§ 2o. e 3o., da Lei número 6.368, de 21 de outubro de 1976.

§ 2o. Serão também destruídas as plantas nativas ou cultivadas existentes no território nacional, no caso de violação da autorização concedida na forma dos dispositivos referidos neste artigo.

Art. 3o. Para a destruição das plantas nativas ou cultivadas, a que se referem os §§ 1o. e 2o. do artigo anterior, o Ministério da Justiça poderá, além de celebrar convênios com os Estados, solicitar a cooperação de autoridades civis e militares da União.

Art. 4o. O Ministério da Educação e Cultura, em articulação com o Ministério da Saúde, coordenará a execução dos programas previstos no artigo 5o. e seu parágrafo único da Lei número 6.368, de 21 de outubro de 1976, até que seja efetivamente implantado o Sistema referido no artigo 3o. da mesma lei.

Art. 5o. Os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social e o Departamento de Polícia Federal providenciarão, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, normas expressas que visem a dar cumprimento ao disposto nos artigos 8o., 9o., 10 e seu parágrafo 1o. da Lei número 6.368, de 21 de outubro de 1976.

§ 1o. Para os fins do disposto neste artigo, os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social e o Departamento de Polícia Federal procederão, em conjunto, ao levantamento do quadro existente no país, visando a orientar a ação do Governo Federal em relação ao problema.

§ 2o. As normas a que se refere este artigo deverão contemplar aspectos relacionados com o diagnóstico e tratamento, hospitalar ou extra-hospitalar, bem como estabelecer os parâmetros para a avaliação das respectivas necessidades em cada unidade da Federação.

policial e os órgãos dos quais dependa a remessa de peças ainda não constantes dos autos.

§ 1o. Na hipótese de ter sido determinado exame de dependência, o prazo para a realização da audiência será de 30 (trinta) dias.

§ 2o. Na audiência, após a inquirição das testemunhas, será dada a palavra, sucessivamente, ao órgão do Ministério Público e ao defensor do réu, pelo tempo de 20 (vinte) minutos para cada um, prorrogável por mais 10 (dez), a critério do juiz que, em seguida, proferirá sentença.

§ 3o. Se o juiz não se sentir habilitado a julgar de imediato a causa ordenará que os autos lhe sejam conclusos para no prazo de 5 (cinco) dias, proferir sentença.

Art. 24. Nos casos em que couber fiança, sendo o agente menor de 21 (vinte e um) anos, a autoridade policial, verificando não ter o mesmo condições de prestá-la, poderá determinar o seu recolhimento domiciliar na residência dos pais, parentes ou de pessoa idônea, que assinarão termo de responsabilidade.

§ 1o. O recolhimento domiciliar será determinado sempre ad referendum do juiz competente que poderá mantê-lo ou revogá-lo, ou ainda conceder liberdade provisória.

§ 2o. Na hipótese de revogação de qualquer dos benefícios previstos neste artigo o juiz, mandará expedir mandado de prisão contra o indiciado ou réu, aplicando-se, no que couber, o disposto no § 4o. do artigo 22.

Art. 25. A remessa dos autos de flagrante ou de inquérito a juízo far-se-á sem prejuízo das diligências destinadas ao esclarecimento do fato, inclusive a elaboração do laudo de exame toxicológico e, se necessário, de dependência, que serão juntados ao processo até a audiência de instrução e julgamento.

Art. 26. Os registros, documentos ou peças de informação, bem como os autos de prisão em flagrante e os de inquérito policial para a apuração dos crimes definidos nesta lei serão mantidos sob sigilo, ressalvadas, para efeito exclusivo de atuação profissional, as prerrogativas do juiz, do Ministério Público, da autoridade policial e do advogado na forma da legislação específica.

Parágrafo único. Instaurada a ação penal, ficará a critério do juiz a manutenção do sigilo a que se refere este artigo.

Art. 27. O processo e o julgamento do crime de tráfico com o exterior caberão à justiça estadual com intervenção do Ministério Público respectivo, se o lugar em que tiver sido praticado, for município que não seja sede de vara da Justiça Federal, com recurso para o Tribunal Federal de Recursos.

Art. 28. Nos casos de conexão e continência entre os crimes definidos nesta Lei e outras infrações penais, o processo será o previsto para a infração mais grave, ressalvados os da competência do júri e das jurisdições especiais.

Art. 29. Quando o juiz absolver o agente, reconhecendo por força de perícia oficial, que ele, em razão de dependência, era ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de

determinar-se de acordo com esse entendimento, ordenará seja o mesmo submetido a tratamento médico.

§ 1o. Verificada a recuperação, será esta comunicada ao Juiz que, após comprovação por perícia oficial, e ouvido o Ministério Público, determinará o encerramento do processo.

§ 2o. Não havendo peritos oficiais, os exames serão feitos por médicos, nomeados pelo juiz, que prestarão compromisso de bem e fielmente desempenhar o encargo.

§ 3o. No caso de o agente frustrar, de algum modo, tratamento ambulatorial ou vir a ser novamente processado nas mesmas condições do caput deste artigo, o juiz poderá determinar que o tratamento seja feito em regime de internação hospitalar.

Art. 30. Nos casos em que couber fiança, deverá a autoridade, que a conceder ou negar, fundamentar a decisão.

§ 1o. O valor da fiança será fixado pela autoridade que a conceder, entre o mínimo de Cr\$ 500,00 (quinhentos cruzeiros) e o máximo de Cr\$ 5.000,00 (cinco mil cruzeiros).

§ 2o. Aos valores estabelecidos no parágrafo anterior, aplicar-se-á o coeficiente de atualização monetária referido no parágrafo único do artigo 2o. da Lei número 6.205, de 29 de abril de 1975.

Art. 31. No caso de processo instaurado contra mais de um réu, se houver necessidade de realizar-se exame de dependência, far-se-á sua separação no tocante ao réu a quem interesse o exame, processando-se este em apartado, e fixando o juiz prazo até 30 (trinta) dias para sua conclusão.

Art. 32. Para os réus condenados à pena de detenção, pela prática de crime previsto nesta lei, o prazo para requerimento da reabilitação será de 2 (dois) anos.

Art. 33. Sob pena de responsabilidade penal e administrativa, os dirigentes, funcionários e empregados dos órgãos da administração pública direta e autárquica, das empresas públicas, sociedades de economia mista, ou fundações instituídas pelo poder público, observarão absoluta precedência nos exames, perícias e na confecção e expedição de peças, publicação de editais, bem como no atendimento de informações e esclarecimentos solicitados por autoridades judiciárias, policiais ou administrativas com o objetivo de instruir processos destinados à apuração de quaisquer crimes definidos nesta lei.

Art. 34. Os veículos, embarcações, aeronaves e quaisquer outros meios de transporte, assim como os maquinismos, utensílios, instrumentos e objetos de qualquer natureza utilizados para a prática dos crimes definidos nesta lei, após a sua regular apreensão, serão entregues à custódia da autoridade competente.

§ 1o. Havendo possibilidade ou necessidade da utilização dos bens mencionados neste artigo, para sua conservação, poderá a autoridade deles fazer uso.

DECRETO No. 78.992 — DE 21 DE DEZEMBRO DE 1976

Regulamenta a Lei número 6.368, de 21 de outubro de 1976, que dispõe sobre medidas de prevenção e repressão do tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica.

O Presidente da República, no uso da atribuição que lhe confere o artigo 81, item III, da Constituição, e nos termos do artigo 45 da Lei número 6.368, de 21 de outubro de 1976,

D E C R E T A:

Art. 1o. É dever de toda pessoa física ou jurídica colaborar na prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica.

§ 1o. As pessoas jurídicas que, quando solicitadas, não prestarem colaboração nos planos governamentais de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica perderão, a juízo do órgão ou do poder competente, auxílios ou subvenções que venham recebendo da União, dos Estados, do Distrito Federal, Territórios e Municípios, bem como de suas autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista e fundações.

§ 2o. O órgão ou autoridade a quem incumbir a execução dos planos e programas de prevenção ou repressão previstos no artigo 1o., parágrafo único,

da Lei no. 6.368, de 21 de outubro de 1976, verificando a recusa ou omissão de colaboração, comunicará o fato imediatamente à entidade fornecedora da subvenção que, em 60 (sessenta) dias, adotará as providências necessárias para o fim previsto no mesmo dispositivo.

Art. 2o. Ficam proibidos em todo o território brasileiro o plantio, a cultura, a colheita e a exploração, por particulares, de todas as plantas das quais possa ser extraída substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica.

§ 1o. As plantas dessa natureza, nativas ou cultivadas, existentes no território nacional, serão destruídas pelas autoridades policiais, ressalvados os casos previstos no artigo 2o., §§ 2o. e 3o., da Lei número 6.368, de 21 de outubro de 1976.

§ 2o. Serão também destruídas as plantas nativas ou cultivadas existentes no território nacional, no caso de violação da autorização concedida na forma dos dispositivos referidos neste artigo.

Art. 3o. Para a destruição das plantas nativas ou cultivadas, a que se referem os §§ 1o. e 2o. do artigo anterior, o Ministério da Justiça poderá, além de celebrar convênios com os Estados, solicitar a cooperação de autoridades civis e militares da União.

Art. 4o. O Ministério da Educação e Cultura, em articulação com o Ministério da Saúde, coordenará a execução dos programas previstos no artigo 5o. e seu parágrafo único da Lei número 6.368, de 21 de outubro de 1976, até que seja efetivamente implantado o Sistema referido no artigo 3o. da mesma lei.

Art. 5o. Os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social e Departamento de Polícia Federal providenciarão, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, normas expressas que visem a dar cumprimento ao disposto nos artigos 8o., 9o., 10 e seu parágrafo 1o. da Lei número 6.368, de 21 de outubro de 1976.

§ 1o. Para os fins do disposto neste artigo, os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social e o Departamento de Polícia Federal procederão, em conjunto, ao levantamento do quadro existente no país, visando a orientar a ação do Governo Federal em relação ao problema.

§ 2o. As normas a que se refere este artigo deverão contemplar aspectos relacionados com o diagnóstico e tratamento, hospitalar ou extra-hospitalar, bem como estabelecer os parâmetros para a avaliação das respectivas necessidades em cada unidade da Federação.

policial e os órgãos dos quais dependa a remessa de peças ainda não constantes dos autos.

§ 1o. Na hipótese de ter sido determinado exame de dependência, o prazo para a realização da audiência será de 30 (trinta) dias.

§ 2o. Na audiência, após a inquirição das testemunhas, será dada a palavra, sucessivamente, ao órgão do Ministério Público e ao defensor do réu, pelo tempo de 20 (vinte) minutos para cada um, prorrogável por mais 10 (dez), a critério do juiz que, em seguida, proferirá sentença.

§ 3o. Se o juiz não se sentir habilitado a julgar de imediato a causa, ordenará que os autos lhe sejam conclusos para no prazo de 5 (cinco) dias, proferir sentença.

Art. 24. Nos casos em que couber fiança, sendo o agente menor de 21 (vinte e um) anos, a autoridade policial, verificando não ter o preso condições de prestá-la, poderá determinar o seu recolhimento domiciliar na residência dos pais, parentes ou de pessoa idônea, que assinarão termo de responsabilidade.

§ 1o. O recolhimento domiciliar será determinado sempre ad referendum do juiz competente que poderá mantê-lo ou revogá-lo, ou ainda conceder liberdade provisória.

§ 2o. Na hipótese de revogação de qualquer dos benefícios previstos neste artigo o juiz mandará expedir mandado de prisão contra o indiciado ou réu, aplicando-se, no que couber, o disposto no § 4o. do artigo 22.

Art. 25. A remessa dos autos de flagrante ou de inquérito a juiz far-se-á sem prejuízo das diligências destinadas ao esclarecimento do fato, inclusive a elaboração do laudo de exame toxicológico e, se necessário, de dependência, que serão juntados ao processo até a audiência de instrução e julgamento.

Art. 26. Os registros, documentos ou peças de informação, bem como os autos de prisão em flagrante e os de inquérito policial para a apuração dos crimes definidos nesta lei serão mantidos sob sigilo, ressalvadas, para efeito exclusivo de atuação profissional, as prerrogativas do juiz, do Ministério Público, da autoridade policial e do advogado na forma da legislação específica.

Parágrafo único. Instaurada a ação penal, ficará a critério do juiz a manutenção do sigilo a que se refere este artigo.

Art. 27. O processo e o julgamento do crime de tráfico com o exterior caberão à justiça estadual com intervenção do Ministério Público respectivo, se o lugar em que tiver sido praticado, for município que não seja sede de vara da Justiça Federal, com recurso para o Tribunal Federal de Recursos.

Art. 28. Nos casos de conexão e continência entre os crimes definidos nesta Lei e outras infrações penais, o processo será o previsto para a infração mais grave, ressalvados os da competência do júri e das jurisdições especiais.

Art. 29. Quando o juiz absolver o agente, reconhecendo por força de perícia oficial, que ele, em razão de dependência, era ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de

determinar-se de acordo com esse entendimento, ordenará seja o mesmo submetido a tratamento médico.

§ 1o. Verificada a recuperação, será esta comunicada ao Juiz que, após comprovação por perícia oficial, e ouvido o Ministério Público, determinará o encerramento do processo.

§ 2o. Não havendo peritos oficiais, os exames serão feitos por médicos, nomeados pelo juiz, que prestarão compromisso de bem e fielmente desempenhar o encargo.

§ 3o. No caso de o agente frustrar, de algum modo, ^{totalmente em bu. a-} torial ou vir a ser novamente processado nas mesmas condições do caput deste artigo, o juiz poderá determinar que o tratamento seja feito em regime de internação hospitalar.

Art. 30. Nos casos em que couber fiança, deverá a autoridade, que a conceder ou negar, fundamentar a decisão.

§ 1o. O valor da fiança será fixado pela autoridade que a conceder, entre o mínimo de Cr\$ 500,00 (quinhentos cruzeiros) e o máximo de Cr\$ 5.000,00 (cinco mil cruzeiros).

§ 2o. Aos valores estabelecidos no parágrafo anterior, aplicar-se-á o coeficiente de atualização monetária referido no parágrafo único do artigo 2o. da Lei número 6.205, de 29 de abril de 1975.

Art. 31. No caso de processo instaurado contra mais de um réu, se houver necessidade de realizar-se exame de dependência, far-se-á sua separação no tocante ao réu a quem interesse o exame, processando-se este em apartado, e fixando o juiz prazo até 30 (trinta) dias para sua conclusão.

Art. 32. Para os réus condenados à pena de detenção, pela prática de crime previsto nesta lei, o prazo para requerimento da reabilitação será de 2 (dois) anos.

Art. 33. Sob pena de responsabilidade penal e administrativa, os dirigentes, funcionários e empregados dos órgãos da administração pública direta e autárquica, das empresas públicas, sociedades de economia mista, ou fundações instituídas pelo poder público, observarão absoluta precedência nos exames, perícias e na confecção e expedição de peças, publicação de editais, bem como no atendimento de informações e esclarecimentos solicitados por autoridades judiciárias, policiais ou administrativas com o objetivo de instruir processos destinados à apuração de quaisquer crimes definidos nesta lei.

Art. 34. Os veículos, embarcações, aeronaves e quaisquer outros meios de transporte, assim como os maquinismos, utensílios, instrumentos e objetos de qualquer natureza utilizados para a prática dos crimes definidos nesta lei, após a sua regular apreensão, serão entregues à custódia da autoridade competente.

§ 1o. Havendo possibilidade ou necessidade da utilização dos bens mencionados neste artigo, para sua conservação, poderá a autoridade deles fazer uso.

DECRETO No. 78.992 — DE 21 DE DEZEMBRO DE 1976

Regulamenta a Lei número 6.368, de 21 de outubro de 1976, que dispõe sobre medidas de prevenção e repressão do tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica.

O Presidente da República, no uso da atribuição que lhe confere o artigo 81, item III, da Constituição, e nos termos do artigo 45 da Lei número 6.368, de 21 de outubro de 1976,

D E C R E T A:

Art. 1o. É dever de toda pessoa física ou jurídica colaborar na prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica.

§ 1o. As pessoas jurídicas que, quando solicitadas, não prestarem colaboração nos planos governamentais de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica perderão, a juízo do órgão ou do poder competente, auxílios ou subvenções que venham recebendo da União, dos Estados, do Distrito Federal, Territórios e Municípios, bem como de suas autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista e fundações.

§ 2o. O órgão ou autoridade a quem incumbir a execução dos planos e programas de prevenção ou repressão previstos no artigo 1o., parágrafo único,

Art. 40. Todas as substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, apreendidas por infração a qualquer dos dispositivos desta Lei, serão obrigatoriamente remetidas, após o trânsito em julgado da sentença, ao órgão competente do Ministério da Saúde ou congêneres estabelecendo-lhes providenciar o seu registro e decidir do seu destino.

§ 1o. Ficará sob a guarda e responsabilidade das autoridades policiais, até o trânsito em julgado da sentença, as substâncias referidas neste artigo.

§ 2o. Quando se tratar de plantação ou quantidade que torne difícil o transporte ou apreensão da substância na sua totalidade, a autoridade policial recolherá quantidade suficiente para exame pericial destruindo o restante, de tudo lavrando auto circunstanciado.

Art. 41. As autoridades judiciárias, o Ministério Público e as autoridades policiais poderão requisitar às autoridades sanitárias competentes, independentemente de qualquer procedimento judicial, a realização de inspeções nas empresas industriais ou comerciais, nos estabelecimentos hospitalares, de pesquisa, ensino e congêneres, assim como nos serviços médicos, que produzirem, venderem, comprarem, consumirem ou fornecerem substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, ou especialidades farmacêuticas que as contenham, sendo facultada a assistência da autoridade requisitante.

§ 1o. Nos casos de falência ou de liquidação judicial das empresas ou estabelecimentos referidos neste artigo, ou de qualquer outro em que existam tais produtos, cumpre ao juízo por onde correr o feito oficial às autoridades sanitárias competentes, para que promovam, desde logo, as medidas necessárias ao recebimento, em depósito, das substâncias arrecadadas.

§ 2o. As vendas em hasta pública de substâncias ou especialidades a que se refere este artigo serão realizadas com a presença de 1 (um) representante da autoridade sanitária competente, só podendo participar da licitação pessoa física ou jurídica regularmente habilitada.

Art. 42. É passível de expulsão, na forma da legislação específica, o estrangeiro que praticar qualquer dos crimes definidos nesta Lei, desde que cumprida a condenação imposta, salvo se ocorrer interesse nacional que recomende sua expulsão imediata.

Art. 43. Os Tribunais de Justiça deverão, sempre que necessário e possível, observado o disposto no artigo 144 § 5o., da Constituição Federal, instituir juízos especializados para o processo e julgamento dos crimes definidos nesta Lei.

Art. 44. Nos setores de repressão a entorpecentes do Departamento de Polícia Federal, só poderão ter exercício policiais que possuam especialização adequada.

Parágrafo único. O Poder Executivo disciplinará a especialização dos integrantes das Categorias Funcionais da Polícia Federal, para atendimento ao disposto neste artigo.

Art. 45. O Poder Executivo regulamentará a presente Lei dentro de 60

(sessenta) dias, contados da sua publicação.

Art. 46. Revogam-se as disposições em contrário, em especial o artigo 311 do Decreto-lei número 1.004, de 21 de outubro de 1969, com as alterações da Lei número 6.016, de 31 de dezembro de 1973, e a Lei nº 5.726, de 29 de outubro de 1971, com exceção do seu artigo 22.

Art. 47. Esta Lei entrará em vigor 30 (trinta) dias após a sua publicação.

Brasília, 21 de outubro de 1976; 1559 da Independência e 889 da República.

ERNESTO GEISEL
Armando Falcão
Ney Braga
Paulo de Almeida Machado
L. G. do Nascimento e Silva.

Art. 40. Todas as substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, apreendidas por infração a qualquer dos dispositivos desta Lei, serão obrigatoriamente remetidas, após o trânsito em julgado da sentença, ao órgão competente do Ministério da Saúde ou congêneres estadual, cabendo-lhes providenciar o seu registro e decidir do seu destino.

§ 1o. Ficará sob a guarda e responsabilidade das autoridades policiais, até o trânsito em julgado da sentença, as substâncias referidas neste artigo.

§ 2o. Quando se tratar de plantação ou quantidade que torne difícil o transporte ou apreensão da substância na sua totalidade, a autoridade policial recolherá quantidade suficiente para exame pericial destruindo o restante, de tudo lavrando auto circunstanciado.

Art. 41. As autoridades judiciárias, o Ministério Público e as autoridades policiais poderão requisitar às autoridades sanitárias competentes, independentemente de qualquer procedimento judicial, a realização de inspeções nas empresas industriais ou comerciais, nos estabelecimentos hospitalares, de pesquisa, ensino e congêneres, assim como nos serviços médicos, que produzirem, venderem, comprarem, consumirem ou fornecerem substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, ou especialidades farmacêuticas que as contenham, sendo facultada a assistência da autoridade requisitante.

§ 1o. Nos casos de falência ou de liquidação judicial das empresas ou estabelecimentos referidos neste artigo, ou de qualquer outro em que existam tais produtos, cumpre ao juízo por onde correr o feito oficial às autoridades sanitárias competentes, para que promovam, desde logo, as medidas necessárias ao recebimento, em depósito, das substâncias arrecadadas.

§ 2o. As vendas em hasta pública de substâncias ou especialidades a que se refere este artigo serão realizadas com a presença de 1 (um) representante da autoridade sanitária competente, só podendo participar da licitação pessoa física ou jurídica regularmente habilitada.

Art. 42. É passível de expulsão, na forma da legislação específica, o estrangeiro que praticar qualquer dos crimes definidos nesta Lei, desde que cumprida a condenação imposta, salvo se ocorrer interesse nacional que recomende sua expulsão imediata.

Art. 43. Os Tribunais de Justiça deverão, sempre que necessário e possível, observado o disposto no artigo 144 § 5o., da Constituição Federal, instituir juízos especializados para o processo e julgamento dos crimes definidos nesta Lei.

Art. 44. Nos setores de repressão a entorpecentes do Departamento de Polícia Federal, só poderão ter exercício policiais que possuam especialização adequada.

Parágrafo único. O Poder Executivo disciplinará a especialização dos integrantes das Categorias Funcionais da Polícia Federal, para atendimento ao disposto neste artigo.

Art. 45. O Poder Executivo regulamentará a presente Lei dentro de 60

(sessenta) dias, contados da sua publicação.

Art. 46. Revogam-se as disposições em contrário, em especial o artigo 311 do Decreto-lei número 1.004, de 21 de outubro de 1969, com as alterações da Lei número 6.016, de 31 de dezembro de 1973, e a Lei nº 5.726, de 29 de outubro de 1971, com exceção do seu artigo 22.

Art. 47. Esta Lei entrará em vigor 30 (trinta) dias após a sua publicação.

Brasília, 21 de outubro de 1976; 155º da Independência e 88º da República.

ERNESTO GEISEL

Armando Falcão

Ney Braga

Paulo de Almeida Machado

L. G. do Nascimento e Silva.