

O PROBLEMA DO CRACK NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA E AS RESPOSTAS INSTITUCIONAIS ELABORADAS PARA O SEU ENFRENTAMENTO

CARÁTER DO TEXTO: resultado de investigação finalizada.

GT 04: Control Social, legitimidad, Seguridad ciudadana.

Autora: Regina Medeiros

RESUMO

As substâncias psicoativas, se configuram na atualidade um problema social, político, econômico, de segurança e de saúde, preocupante e mobilizador de recursos variados para seu combate. No campo da saúde, o uso dessas substâncias pode se tornar um problema, sobretudo, quando se apresenta intenso e repetitivo, levando o usuário à dependência física e psicológica. Como respostas, as instituições de saúde, propõem a abstinência e tratar o sujeito dependente de drogas descolado de seu contexto social. Com efeito, os pacientes abandonam o tratamento, provocando sentimento de impotência nos profissionais, desgastes dos usuários e seus familiares. É necessário, analisar cada caso especificamente, pois a motivação do paciente para tratar da dependência pode variar de acordo com suas expectativas e percepção do uso.

Palavras Chave: usuário de drogas, problema social, instituições de saúde

No Brasil, as duas últimas décadas têm se caracterizado por uma sensível deterioração da capacidade do poder público em controlar a criminalidade e a violência. O diagnóstico da situação aponta para uma nova conformação da criminalidade na sociedade brasileira. Há um maior grau de violência associada aos crimes urbanos, bem como se identifica a solidificação de atividades criminosas, cada vez mais organizadas e pautadas por uma racionalidade tipicamente empresarial. São os casos do roubo de cargas, do contrabando de armas e de mercadorias e do tráfico de drogas, especialmente o crack que se tornou alvo das atenções sociais. Este último e os problemas sociais, políticos, econômicos, de saúde e de segurança a ele associados, adicionado ao sensacionalismo explorado pela mídia, mobilizam parcela significativa da sociedade a formular políticas públicas que visam à amenização e à solução de tais problemas.

No campo da saúde, observa-se a elaboração de políticas a serem aplicadas nos âmbitos nacional, estadual e municipal, com o propósito de gerar estratégias de prevenção, tratamento, ensino e pesquisa sobre drogas.¹

¹Vale ressaltar que, em seu conjunto, as medidas adotadas nos três níveis federativos, criadas para minimizar problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas, especialmente ao uso compulsivo – a criação dos Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas/CAPS **ad expressa parte do conteúdo dessas políticas e dos fins previstos por elas** –esbarram, ainda, em dificuldades que ampliam exponencialmente os problemas concernentes aos usuários e à própria sociedade: o preconceito social reproduzido pelos mecanismos de comunicação de massa, que enfocam deliberadamente o uso das drogas relacionado à violência, à pobreza, a determinados grupos étnicos e aos estratos menos abastados da sociedade, procedentes das áreas urbanas periféricas, somam-se aos aspectos histórico-axiológicos que redundam na estigmatização e, conseqüentemente, na demarcação de “zonas” de perigo, sejam elas territórios, grupos de pessoas, famílias, usuários etc. Cf. Velho; Alvito, 2000; Pereira *et al.*, 2000; Baptista *et al.*, 2003.

O uso das substâncias psicoativas pode se tornar um problema, sobretudo, quando se apresenta intenso e repetitivo, levando o usuário à dependência física e psicológica e provocando consequências sociais, políticas e de saúde pública que demandam medidas ardilosas e terapêuticas específicas. De modo geral, em nossa sociedade, as instituições propõem tratar o sujeito dependente de drogas descolado de seu contexto social. Com raríssimas exceções, os centros ou organizações dedicadas ao atendimento ao usuário de drogas analisam a realidade sociocultural em que ele está inserido, seu sistema de significados, suas expectativas e seus projetos futuros, além das redes relacionais das quais é oriundo e aquelas que decorrem do uso e/ou do abuso de drogas. Essa é, sem dúvida, uma questão lacunar frente no enfrentamento da problemática gerada pelo uso de drogas. Com efeito, os pacientes não criam laços com as instituições de saúde, abandonam o tratamento, e, em consequência, aumenta a rotatividade dos mesmos nas referidas instituições, formando um circuito perverso de (re)internações em hospitais psiquiátricos e demais unidades de tratamento, desgastando não só os usuários de drogas, seus familiares e a equipe terapêutica que lida com sentimento de impotência diante dessa situação. Por outra parte, por via de regra, o que se observa é que as equipes que prestam assistência ao usuário de substâncias psicoativas propõem como fim do tratamento ou sucesso terapêutico, a abstinência – o rompimento definitivo com a droga- desatada de uma análise e consideração do contexto social e esboçam programas terapêuticos que acabam por atender a demanda do paciente, ou seja, minimizamos efeitos deletérios provocados pelo crack e o tratamento na ótica dos profissionais passam a ser um desafio constante.

O desafio no tratamento do crack

A clínica das toxicomanias lida constantemente com a questão da alta dos pacientes, que em geral, não concluem seu projeto terapêutico idealizado pela equipe de profissionais. Alguns abandonam, outros fogem e outros forçam a família a se responsabilizar por sua saída. Esse quadro é ainda mais grave quando a substância escolhida para uso é o crack. Pode-se afirmar que raramente um paciente usuário de crack consegue concluir seu ciclo terapêutico. Essa situação é assunto de reuniões clínicas e tema de debate em eventos científicos e é motivadora do sentimento de insucesso da equipe e dos gestores. Se a questão for tomada pela ótica da alta por cura (baseada no critério de abstinência), é possível assegurar que não há cura ou é provável que a abstinência seja um engodo.

Em geral, a busca por tratamento ocorre quando o uso de drogas é considerado um problema para o próprio paciente, para seus familiares ou para profissionais que acompanham sua trajetória, como, por exemplo, nos locais de trabalho, por cometimento de delito ou por outros profissionais que atuam, sobretudo, em instituições de saúde. Esses casos são denominados dependência de drogas, que Romaní descreve como “la organización de la vida cotidiana de un individuo alrededor del consumo compulsivo de determinadas drogas” (1999, p. 43). A dependência pode ser entendida como a dedicação exclusiva do sujeito à substância utilizada, estabelecendo-se uma relação intensa e de fidelidade com a mesma. Seu cotidiano, suas relações e seus interesses perpassam pela substância e por tudo o que implica o uso da droga, como o dinheiro para comprá-la, o ritual de aquisição, as barreiras legais existentes, os companheiros, o local de uso, o efeito e o recomeço do processo, construindo assim um círculo vicioso a partir do ato compulsivo e descontrolado.

No campo das toxicomanias, e no caso específico do crack, o motivador para a busca de tratamento está inscrito na perda dos laços sociais, na carência alimentar e de sono, nos problemas relacionados com a justiça e com traficantes e nos incômodos clínicos variados decorrentes da cocaína mesclada com solventes. Então, para o paciente, a cura ou o sucesso terapêutico está associada à extinção desses incômodos e sintomas que perpassam por sua relação fiel e prazerosa com a referida substância. Assim, é possível afirmar que o usuário quer se ver livre dos sintomas, e não da droga.

A forma como o indivíduo significa o uso de drogas e seu efeito é decisiva na busca de ajuda e na percepção sobre as instituições de tratamento. Se o uso compulsivo ou não, é prazeroso para o usuário, ele não quer abrir mão da sensação de deleite. Então, a procura por tratamento, que fixa a abstinência, não é espontânea.

Ao contrário, a cura dessa “enfermidade” na perspectiva dos profissionais está associada à capacidade de o paciente abdicar, ainda que provisoriamente, do uso da substância que lhe dá prazer (MOTA, 2009). A expectativa da abstinência é ancorada no protocolo terapêutico *a priori* definido com base no modelo biomédico, que, embora seja comprovadamente controverso, ganha força nos planos jurídico, médico e religioso. Nessa perspectiva vale indagar o que é curar da dependência? É notório que a demanda do paciente não está na ordem da abstinência, e sim na normalização do uso, o que quer dizer o uso controlado e contínuo da substância que lhe dá prazer sem os desagradáveis efeitos que importunam sua vida. Por outra parte, guiados pela fixação na abstinência os profissionais não acreditam nessa possibilidade. Nesse descompasso, quando o paciente depara com o alívio inicial do mal-estar e sente-se livre desses percalços, retorna ao seu cotidiano. Essa decisão é individual e dispensa a opinião especialmente daquele que acredita poder controlar seu prazer e o sentido particular que ele dá ao uso de crack. Nesse contexto, o paciente não interrompe o tratamento, como afirmam os profissionais e os gestores de saúde, o que ocorre é uma interpretação deformada do especialista ou um desacerto entre as propostas dos dois personagens (usuário e profissional) envolvidos no processo terapêutico que acaba por incidir sobre a clínica e sobre a vida do paciente. Como saída, a tendência é demonizar a figura do usuário de crack “craqueiro” que desaparece das clínicas de tratamento como se fosse a fumaça do crack e que circula pelas ruas como um perigo ambulante e responsável por todas as mazelas sociais e clínicas.

Ser craqueiro faz a diferença ou a diferença faz o paciente dependente de crack

É possível certificar, com muita segurança, que é um equívoco quase imperdoável determinar um perfil único e absoluto para o paciente de crack. Certamente ocorre o mesmo com aqueles que utilizam outras drogas. Em geral, a opinião recorrente é que as pessoas que usam crack são procedentes de áreas periféricas das cidades, tem baixa renda, sem plano de saúde, sem vínculo empregatício e sem recursos econômicos. Estes indivíduos são os que buscam tratamento em clínicas ou hospitais públicos, assim, o registro desses casos é compulsório e público o que legitima esse perfil e contribui para imagens estereotipadas do craqueiro e que para enfrentá-lo são necessários métodos coercitivos e violentos. Os usuários de outras camadas sociais –classe média e alta- que comumente frequentam as periferias e relacionam com seus moradores para a aquisição e uso do crack e que, certamente, se necessário recorrem as clínicas particulares para tratamento, são amparadas em nome da ética (sigilo e anonimato) e sua imagem social é protegida e embaçada. De toda forma, ainda que seja “padronizada” a maneira de visualizar o dependente de crack, é notório que a motivação e expectativa do paciente que demanda (espontaneamente ou não) assistência nas instituições de tratamento, podem variar entre: a) O usuário psicótico: trata-se do usuário que apresenta quadro psiquiátrico de psicose e faz uso de crack. Nesse caso, a substância pode alterar e/ou agravar seu quadro, levando a alucinações e paranóias. Em alguns momentos e dependendo do delírio do paciente, a droga, principalmente o crack, com seu efeito de “noia”, pode agravar um quadro preexistente e colocar o paciente ou as pessoas que compõem seu universo em risco. Esse é um caso que, em momentos de crise, necessita internação em hospital psiquiátrico e uso de medicação adequada para estabilizar seu quadro. Para essa situação e somente quando existe risco de auto ou heteroagressão, está prevista a internação compulsória. Considerando-se que a internação em hospitais públicos tem prazo de, aproximadamente, 15 dias, após a alta, “na crise”, o seguimento dos casos pode-se dar nos serviços substitutivos, como os CAPS ad (álcool e drogas), os CAPS I, II e em ambulatórios. Em qualquer situação, é fundamental manter a estabilidade do quadro

psicótico para possibilitar a abordagem relacionada ao uso da substância. A atenção tem que ser redobrada, devido à vulnerabilidade do portador de sofrimento mental, que pode ser mais facilmente influenciado e/ou “usado” por traficantes e por outros tipos de usuários de drogas. Portanto, analisar seu universo e sua rede formal e informal de relações é essencial.

b) “O marginal travestido de paciente” (expressão utilizada por profissional de saúde): trata-se do indivíduo que faz uso do rótulo “craqueiro”, simula um quadro de fissura e/ou abstinência para buscar/exigir a internação ou o tratamento nas instituições especializadas. Esse é um mecanismo manipulado para escapar de situações embaraçosas, como, por exemplo, fugir de traficantes ou da polícia, demandar auxílio doença, benefício previdenciário ou para se esquivar das pressões familiares. Esses usuários não aderem ao tratamento, roubam roupas ou objetos de uso pessoal de outros pacientes, agredem e ameaçam os funcionários que atuam nesses locais, além de roubar os objetos que encontram “descuidados” nas dependências das instituições. É possível que esses “usuários” facilitem a entrada de drogas nessas instituições ou se aproveitem de sua “estadia” aí para comercializar o produto entre os pacientes em tratamento. Esses casos, na maioria das vezes, contam com a convivência da família, que pode ser o transportador da mercadoria ou de outros elementos do círculo de negócios, que fazem a intermediação entre o contexto interno e externo. Em geral, esse paciente se utiliza de diferentes dispositivos para manipular impressões (simpatia, participação, liderança) ou para marcar seu lugar de autoridade naquele espaço (ameaças, indisciplina, violência):

Esse tipo de “paciente” não tem aderência ao tratamento, pois seu interesse é ter um “certificado” de doente para se afastar de situações críticas decorrentes do uso de drogas, particularmente o crack. Porém, representa risco para os funcionários, com suas constantes ameaças, e para as demais pessoas, que se encontram ali em tratamento.

Nesses casos, o uso de medicação e o acompanhamento terapêutico não são recomendados e não produzem efeito eficaz. Portanto, não se trata de pessoa que deva ser encaminhada ou atendida em instituições de saúde, pois a equipe assistencial, seja de hospitais, centros de tratamento especializado, ambulatório ou das comunidades terapêuticas, não dispõe de mecanismos adequados para tratar o “marginal travestido de paciente”. Pode-se afirmar que, invariavelmente, esses são casos de transtorno de personalidade, perversão, psicopatia que não demandam nem querem tratamento, querem “usar” as estruturas de atenção para conseguir auferir ganhos diretos ou indiretos.

c) O usuário compulsivo, neurótico: trata-se de usuário compulsivo, que pode fazer uso descontrolado de crack e apresenta quadro de fissura. Mostra lucidez e angústia, periódica ou não, tem capacidade para analisar o contexto em que está inserido, suas redes de relações e para reconhecer o afrouxamento ou as perdas dos laços sociais, familiares e afetivos. A dificuldade de controlar seu desejo, associada à perceptibilidade da situação, aumenta a ansiedade, a fissura e o uso desmedido, e ele busca a ajuda de familiares e amigos (que o conduzem aos centros de tratamento), o que é mais recorrente, ou apela espontaneamente para as instituições de saúde.

Nesses casos, o importante é a abordagem precisa e consistente da equipe dos centros de saúde ou das comunidades terapêuticas. Evidências internacionais indicam que, para tais casos, a combinação da abordagem terapêutica, o acolhimento e o tratamento medicamentoso, especialmente para minimizar o quadro de ansiedade, trazem benefícios individuais e institucionais. Esse processo pode ser variado, construindo momentos de afastamento do convívio social como forma de tentar quebrar a certeza da impossibilidade de se controlar, seguimento do tratamento em dispositivos abertos, como os CAPS e os ambulatórios e ou ingresso em programas de redução de danos para os momentos em que, apesar do uso continuado, o paciente possa modificar seu estilo de vida, sua relação com a droga, compreender os riscos e danos e resguardar a própria vida.

Para essa particularidade de usuário é de fundamental importância uma leitura rigorosa do contexto em que está inserido e dos dispositivos formais de que pode lançar mão para que seja desenhado um projeto possível e eficaz para o seu caso – dentro e fora da instituição de tratamento.

Assim, é vital uma equipe interdisciplinar para ampliar o campo de abordagem e as alternativas de intervenção.

d) O usuário judiciário: trata-se dos usuários que cometeram delito relativamente grave relacionado com drogas, estão cumprindo pena em instituição judiciária e são encaminhados pelo juiz para o tratamento da toxicomania. Esse procedimento passou a ser mais frequente a partir de 2006, com a publicação da Lei nº 11.343, especialmente a compreensão de seu artigo 26: “O usuário e o dependente de drogas que, em razão da prática de infração penal, estiverem cumprindo pena privativa de liberdade ou submetidos a medida de segurança, têm garantidos os serviços de atenção a sua saúde, definidos pelo respectivo sistema penitenciário”; do artigo 28: “Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas”; e do parágrafo 7º: “O juiz determinará ao Poder Público que coloque à disposição do infrator, gratuitamente, estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado.”

Baseado nessas prerrogativas, o membro do Poder Judiciário entende que tem legitimidade para encaminhar os indivíduos para tratamento, tanto em hospitais quanto em ambulatórios, a partir de sua compreensão do caso, e, inclusive, definir o tempo de tratamento necessário para o réu. Na maioria dos casos, o “diagnóstico” clínico feito pelo juiz não corresponde à concepção do caso pelos especialistas nos tratamentos das toxicomanias. Porém, trata-se de determinação judicial, e não de discussão do caso. Assim, os profissionais são coagidos a tratar e a considerar o “doente/paciente” encaminhado como problema de saúde pública e, como tal, prestar assistência durante o tempo deliberado pelo juiz, ainda que não seja necessário. Esse procedimento desautoriza a equipe de saúde que, além da privação da prerrogativa clínica, deve se submeter às normas jurídicas que transferem a responsabilidade de um caso judicial às instituições de saúde, caracterizando a jurisdição do tratamento das drogas.

Os réus encaminhados podem corresponder ao perfil do usuário psicótico (o que é raro), ao usuário neurótico compulsivo ou ao marginal travestido de paciente (mais recorrente), e cada caso merece atenção particular.

Os usuários encaminhados para internação, especialmente aqueles que cometeram delitos graves, têm o acompanhamento de um segurança que em geral, permanece na porta das enfermarias, principalmente dos hospitais psiquiátricos, para prestar vigilância, provocando um clima de mal-estar nas pessoas que transitam pelo hospital e, de maneira especial, na equipe que atua diretamente nesses casos. Além disso, exatamente por serem mais comuns os casos de “marginais travestidos de paciente”, o réu provoca inúmeros tipos de transtornos, não só para a instituição, como para os profissionais e outros pacientes ali internados.

Os encaminhamentos feitos pelos juízes para tratamento das toxicomanias podem ser decorrentes da manipulação do réu, que sabe interpretar a lei e domina o saber sobre os sintomas – ansiedade, insônia, fissura – que o levam para fora da prisão, ainda que temporariamente. Conhecedor dessa possibilidade, que representa importantes ganhos secundários, como mais liberdade, aspecto menos grave ou mais suave para o seu delito e mais oportunidade de atuar (especialmente o traficante), dissimula e articula um discurso produzido com narrativas convincentes sobre sintomas de toxicomanias, argumento importante para seu encaminhamento às instituições de saúde. Afinal, estar sob a égide da saúde lhes garante mais privilégios do que a prisão.

Não é arriscado afirmar que, independentemente do caso, as instituições de tratamento das toxicomanias podem funcionar como uma espécie de segurança pública, que recebe uma série de funções, explícitas ou ocultas, que reproduzem a política proibicionista absoleta e descompromissada, robustece os preconceitos em relação ao usuário de drogas e provoca medidas coativas, discriminatórias e violentas, preterindo os direitos de cidadania.

O assunto drogas e, em especial, o crack deve ser objeto de estudo e de debate público envolvendo não somente os estabelecimentos de saúde e seus profissionais, mas também outras

instituições e a sociedade civil, que deve ter acesso a informações corretas e de qualidade para fazer escolhas conscientes e responsáveis, tomar medidas preventivas e de redução de danos à saúde, às relações sociais e afetivas e ao outrem e participar de movimentos em favor da vida e dos direitos do cidadão.

No campo da saúde, de maneira particular, é mister inadiável debruçar-se sobre o tema para desvendar e precisar os conceitos controvertidos e duvidosos, para favorecer aos especialistas avaliar com segurança as motivações para o uso e para a demanda de tratamento, discernindo aquelas tendenciosas daquelas de terapêutica especializada e para e desobstruir os leitos hospitalares de casos de segurança pública não endereçadas às instituições de saúde e para propor medidas terapêuticas eficazes para os sujeitos que delas necessitam, minimizando, assim, a angústia profissional e o desgaste dos pacientes e familiares com a busca de soluções mágicas, inadequadas e mal-sucedidas.

Ademais, é indispensável a revisão da legislação vigente e das propostas políticas no campo das toxicomanias transcendendo os embates moralistas, marcados pelos fracassos evidentes e priorizando, com flexibilidade e pluriformidade, o sujeito usuário de drogas, o significado simbólico do uso de determinada substância e seu contexto social.

Não em ordem hierárquica de importância, mas as políticas públicas devem cogitar e criar mecanismos de formação e apoio técnico aos profissionais e ampliar qualitativamente as equipes reduzidas para o atendimento da complexidade dessa clínica.

Por fim, convém lembrar que, entre as drogas discutidas, o crack compõe o rol de substâncias que incitam variedade de interpretações complexas e elaboração de discursos articulados nos diferentes campos de conhecimento, nos relatos de experiências profissionais, vivências pessoais e na fala popular. Essas narrativas são construídas a partir da compreensão do problema, dos saberes construídos a partir dos dispositivos instrumentais, estratégias e explicações ideológicas armazenadas na trajetória de cada sujeito do discurso, portanto eles devem ser compreendidos e interrogados considerando o lugar de quem fala.

É certo que o crack, como outras substâncias psicoativas, pode levar ao consumo abusivo e, em consequência, está sujeito a intervenções simultaneamente jurídicas, políticas, normativas e morais, clínicas, religiosas, sociais e econômicas. Ainda que exista esse enredamento em torno da substância, é inegável que seu uso não pode ser compreendido fora da conjuntura sociocultural em que o sujeito que a utiliza está inserido, pois é nesse contexto que ele organiza os elementos simbólicos e os processos de singularização que servem como mapa de orientação para sua vida, para construir e desconstruir identidades, edificar rede simbólica de proteção, de pertencimento, de solidariedade; para criar e reforçar laços culturais, experimentar e interpretar suas próprias vivências, estabelecer regras e normas e para cuidar de sua própria sobrevivência – autoatenção. Assim, é nessa trama que os sujeitos imprimem significados que subsidiam sua classificação e interpretação sobre o mundo, fazem escolhas e buscam formas de manutenção básicas para sua como qualquer outro ser humano. É nesse contexto que as pessoas encontram os desafios e as saídas para os estorvos existenciais. A droga pode se transformar em marcador simbólico formidável para desenhar a passagem ambivalente do paraíso à utopia, da liberdade à armadilha da compulsão, da dependência à escravização da mercadoria e da solidão. Nessa emboscada reafirma o sistema proibicionista que se apóia em um discurso médico e jurídico para justificar a pretensa guerra contra as drogas, servindo por um lado para aumentar a violência, o lucro e a hegemonia mercantil, e por outro, para construir estereótipo do “drogado”, do “craqueiro” como modelo de degeneração física e mental em situação de subalternidade, delineando assim uma atmosfera cultural propícia para o controle social e o domínio.

Referência Bibliográfica

- BAPTISTA, M.; CRUZ, M. S.; MATIAS, R. *Drogas e pós-modernidade: faces de um tema proscrito*. Rio de Janeiro: UERJ; Faperj, 2003.
- DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Org.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- FERNANDES, L. Los territorios urbanos de las drogas: un concepto operativo. In: *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencia*. Ajuntament de Barcelona, 2000.
- HERZLICH, C; PIERRET. *Illness: from cause to meaning*. In: Curren, C; Stacey, M. *Concepts of health, illness and disease: a comparative perspective*. Oxford, Berg, 1993
- HUGHES, H.M. *The fantastic lodge: The autobiography of a drug addict*. New York: Fawcett World Library, 1963. Citado em Waldorf, 1980
- ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- LABATE, B. C. *et al. Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: Edufba, 2008.
- LINDESMITH, A. *Opiate addiction*. Bloomington. Principia Press, 1947. Citado em Waldorf, 1980
- MEDEIROS, Regina (Org.). *Redes sociais: reflexões sobre as redes informais dos usuários de álcool e de crack*. Belo Horizonte: Sigma, 2008.
- MENÉNDEZ, E. L. *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México. Alianza-Fonca, 1990
- MOTA, L. *Dependência química e representações sociais: pecado, crime ou doença?* Curitiba: Juruá, 2009.
- PASSOS, I. C. F. A construção da autonomia social e psíquica no pensamento de Cornelius Castoriadis. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, São João del-Rei v. 1, n. 1, jun. 2006.
- ROBERT, E. *On social control and collective behavior: selected papers edited and with introduction by Ralph H. Turner*. Chicago: The university of Chicago Press, 1967.
- ROMANÍ, O. *Las drogas: sueños y razones*. Barcelona: Ariel, 1999.
- VARELA, J.; ÁLVAREZ-URÍA, F. *Sujetos frágiles: ensayo de sociología de la desviación*. México: Fondo de Cultura Económica, 1989.
- WALDORF, D. *A brief history of illicit – drugs ethnographies*. VV.AA. *Ethnography: A research tool for policymakers in the drug and alcohol fields*. Rockville, Maryland: Nida, 1980
- ROMANÍ, O. *Las drogas. Sueños y razones*. Ariel. Barcelona, 1999
- MOTA, L. *Dependência Química e representações sociais. Pecado, crime ou doença?* Juruá. Curitiba, 2009