

Fenômeno droga e periferia urbana desqualificada: contributos a partir da etnografia

Drugs and deprived urban periphery: ethnography-based contributions

(especial para SIIC © Derechos reservados)

Luís Fernandes

Psicólogo, Professor associado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, Portugal

O fenómeno droga só se constitui como problema social, em Portugal como noutros países da Europa ocidental, ao longo (*a lo largo*) da década de 70 do século passado. Primeiro associado à juventude e ao consumo de cannabis, evoluiria a partir dos anos 80 para produtos mais adictivos (heroína, cocaína, base de coca), para consumos mais problemáticos (policonsumos, via injectada), para franjas socialmente desqualificadas e para zonas urbanas que rapidamente ganhavam a conotação de territórios do tráfico. Ao tema da toxicomania juvenil sucederia assim o da associação do fenómeno droga à periferia urbana degradada, ao tráfico, ao crescimento da criminalidade de rua e ao sentimento de insegurança. Nos anos 90 torna-se evidente a sua associação à epidemia de VIH e à propagação das hepatites B e C e da tuberculose, colocando a questão dos consumos de drogas ilegais, particularmente os realizados por via intravenosa, como um importante problema de saúde pública. Este problema sanitário teria também expressão no interior do sistema carcerário, dada a quantidade de reclusos que eram toxicodependentes e para os quais o sistema não estava preparado.

É neste contexto que irá salientar-se (*destacarse*) a figura do bairro social degradado, sucessivamente rebaptizado como problemático, crítico, sensível –para a generalidade da comunicação social simplesmente bairros da droga ou hipermercados da droga. Foi nestes contextos socioterritoriais da cidade do Porto que desenvolvemos o nosso trabalho, utilizando o método etnográfico para compreender dum modo próximo e vivido as realidades e os actores locais e estabelecer as características e a funcionalidade que o fenómeno droga aí desempenhava. Desenvolvemos então o conceito de território psicotrópico para dar conta (*nombrar*) dos espaços que serviam de base às actividades diárias da compra, venda e consumo de substâncias psicoactivas ilegais –territórios psicotrópicos como atractores de indivíduos com interesses nestas substâncias, funcionando instrumentalmente como facilitadores da vida na droga (cf. Fernandes, 1998; Fernandes, 2002; Fernandes e Pinto, 2004).

Bairros sociais, territórios psicotrópicos e violências quotidianas

Os bairros sociais são, de todas as áreas do tecido (*tejido*) urbano, aqueles onde se fazem sentir (*hacen sentir*) mais profundamente os efeitos da crise dos fundamentos da sociedade industrial. Lugares de concentração de mão-de-obra necessária às unidades produtivas que marcaram

o desenvolvimento industrial, os seus habitantes conhecem hoje uma crise sem precedentes das possibilidades de inserção laboral. O mundo do qual viviam e do qual ajudavam a reproduzir a lógica está hoje em desagregação (*disgregación*), colocando-os numa situação que, mais do que definida pela marginalidade, é definida pela inutilidade: na expressão de Robert Castel (1998) são supranumerários, olhados como um peso pelo sistema social porque a sua força (*fuerza*) de trabalho já não encontra lugar.

É, pois (*por lo tanto*), natural que num quadro de crise com esta dimensão as economias informais tenham adquirido um valor instrumental como estratégias de sobrevivência que são em parte responsáveis pela imagem negativa que os mass-media têm difundido, ao insistirem no relato sobre o hipermercado das drogas e a insegurança. Esta construção mediática tem erigido em figuras da ameaça e da agressão justamente aqueles que são as vítimas maiores da actual configuração da economia capita-

lista e do correlativo exercício dum poder que insiste na dualização entre os integrados e os excluídos. Esta dualização, se por um lado é uma resposta ao medo das classes perigosas através da sua segregação simbólica e espacial (Caldeira, 1992), é por outro lado uma estratégia que visa (*propone*) assegurar um eficaz controle social sobre aqueles que constituem o segmento secundário do mercado de trabalho, caracterizado pelos baixos (*bajos*) salários e qualificações e pela grande precariedade (empresas de trabalho temporário, subcontratação, trabalho a tempo parcial, auto-emprego, etc.).

A instalação do comércio de rua das drogas ilegais, sobretudo da heroína, nestes lugares, se representou uma estratégia económica vantajosa no curto prazo (*ventajosa a corto plazo*), acabou por ter efeitos destrutivos sobre as comunidades locais. Colocadas sob suspeita (*bajo sospecha*), passam a ser olhadas (*miradas*) no debate público como focos de socialização no crime e como parasitas do Estado Social. Os bairros das drogas serão progressivamente olhados como espaços a evitar, reforçando deste modo a sua descontinuidade com a envolvente urbana. Passarão então (*pasarán entonces*) a ser alvo (*blanco*) de grande atenção policial, zonas eleitas pelas instâncias da segurança pública para as suas demonstrações simbólicas de eficácia, tornando estas populações as grandes clientes do sistema carcerário (cf. Cunha, 2002). Este ritual securitário atingiu (*alcanzó*) a sua máxima expressão quando o poder autárquico do Porto decidiu demolir o bairro que concentrava os maiores territórios psicotrópicos



da cidade, invocando precisamente o tráfico de droga e considerando-o responsável por ter tornado o bairro no cancro (*cáncer*) da cidade que urge extirpar (linguagem de responsáveis autárquicos reproduzida na imprensa *[imprensa]*). O processo de demolição e realojamento da população do bairro viria (*vendría*) a revelar métodos coercivos, resultando numa operação urbana marcada pela violência (cf. Fernandes e Ramos, 2010).

A esta violência estrutural exercida pela polícia e pelo poder político viriam juntar-se violências quotidianas disseminadas, em que toxicod dependentes em situação de grande precariedade, muitas vezes sem-abrigo, eram vítimas de agressões por parte de moradores vizinhos das zonas de concentração drug (*droga*), nomeadamente por grupos de adolescentes do bairro. Sublinhe-se (*Hay que resaltar*) que todas estas ações –da polícia, dos gestores do espaço urbano, da população– apenas agravam a situação social e sanitária dos toxicod dependentes de rua, que se disseminam por espaços vizinhos reproduzindo novos territórios psicotrópicos e interrompendo alguns laços (*lazos*) que já tinham sido construídos com técnicos a actuar no terreno.

Reduzir riscos (*riesgos*) nos territórios psicotrópicos

Estas franjas de consumidores problemáticos de drogas, com longas (*largas*) trajetórias de consumo que os colocam em situação de grande vulnerabilidade tanto social como sanitária, obrigavam a reequacionar (*poner en ecuación otra vez*) políticas de intervenção. As autoridades e o sector medico-psicológico reconheciam finalmente a insuficiência das respostas terapêuticas tradicionais, ainda largamente baseadas numa leitura exclusivamente psicopatológica do consumidor de drogas e na intervenção em setting clínico (*contexto clínico*). Era necessário

implementar estratégias para fazer face (*confrontar*) à gravidade das epidemias de VIH e de hepatites, ao mau (*al malo*) estado físico geral de muitos adictos, bem como a grande quantidade de consumidores problemáticos que não se dirigiam às estruturas de tratamento.

No início da década de 2000, é aprovada em Portugal legislação que despenaliza o consumo de todas as drogas e consagra a adopção de políticas de redução de riscos e minimização de danos (*daños*). Tornam-se assim realidades institucionalizadas a troca de seringas (*cambio de jeringas*), a substituição opiácea com metadona em contexto de rua (metadona de baixo limiar de exigência), os gabinetes de apoio a funcionar nas zonas de consumo. Este trabalho é realizado por equipas multidisciplinares (tipicamente psicólogo, assistente social, enfermeiro e, nalgumas (*en algunas*) equipas, um utilizador de drogas a fazer trabalho de pares). São elas que levam ao terreno esta filosofia interventiva, que tem como princípios a acessibilidade e o pragmatismo. Perante (*Ante*) consumidores problemáticos com trajetórias marcadas pela perda (*pérdida*) sucessiva de laços e pela estigmatização, podemos dizer que é nestas equipas de rua que a comunidade (*re*)começa [*(re) comienza*]. A evidência de bons resultados foi já (*ya ha sido*) verificada em países que a iniciaram em finais dos anos 80 e ao longo de toda a década seguinte, como a Holanda, a Suíça ou a Espanha e é hoje reafirmada em muitos outros países onde tem vindo a ser implementada, em geografias tão distintas como a América Latina, a Ásia ou o norte de África.

Nota de la redacción: El autor hace referencia al trabajo publicado por **Toxicod dependências** 16(2):15-27, 2010. Los lectores que precisen el artículo completo pueden solicitarlo gratuitamente a la Biblioteca Biomédica (BB) SIIC de la Fundación SIIC para la promoción de la Ciencia y la Cultura.

Bibliografía

Castel R. As metamorfoses da questão Social. Rio de Janeiro: Vozes; 1998.
Caldeira T. City of walls: Crime, segregation and citizenship in S. Paulo. S. Francisco: Universidade de Berkeley (Tese de Doutoramento); 1992.
Cunha M. Entre o bairro e a prisão: Tráfico e trajectos.

Lisboa: Fim de Século; 2002.

Fernandes L. O sítio das drogas. Lisboa: Editorial Notícias; 1998.

Fernandes L. Acteurs et territoires psychotropiques. *Déviance et Société* 26(4):427-441, 2002.

Fernandes L, Pinto M. El espacio como dispositivo de normalización: territorios psicotrópicos y políticas de

la ciudad. En: Monografías Humanitas, Nº 5. Pp. 147-162. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas; 2004.

Fernandes L, Ramos A. Exclusão social e violências quotidianas em "bairros degradados": etnografia das drogas numa periferia urbana. *Toxicod dependências* 16(2):15-29, 2010.

